



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com a
especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

***Promoção da Adaptação à Hospitalização da
Criança/Jovem e da Família: Intervenções de
Enfermagem***

***Promoting Child/Youth and Family Adaptation
to Hospitalization: Nursing Interventions***

Por Inês Queiroz de Barros

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com a
especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

***Promoção da Adaptação à Hospitalização
da Criança/Jovem e Família: Intervenções
de Enfermagem***

***Promoting Child/Youth and Family Adaptation
to Hospitalization: Nursing Interventions***

Por Inês Queiroz de Barros

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2019

Agradecimentos

À minha Mãe, ao meu Pai e à Marília pelo apoio essencial para que este percurso fosse possível.

Ao Alexandre pela compreensão nos momentos de cansaço e de mau feitio e pelo apoio incansável que me deu força para continuar.

Aos meus amigos, por serem mais que família e quase sempre terem compreendido as minhas ausências.

Às novas amizades que este curso me trouxe, por terem tornado este percurso cheio de momentos de alegria e risos.

À minha equipa, os cinco sempre fantásticos, por me ajudarem a enfrentar a loucura diária da urgência.

A todas as enfermeiras orientadoras pela disponibilidade e por todos os ensinamentos, que guardarei comigo.

À professora Zaida pela enorme dedicação e apoio, especialmente, nos momentos de angústia.

Às crianças e famílias que se cruzam comigo ao longo do meu percurso profissional e académico, e que me fazem, todos os dias, querer ser melhor enfermeira.

Muito obrigado!

Resumo

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças o sistema familiar depara-se frequentemente com inúmeros acontecimentos de vida geradores de crises, tais como a doença e a hospitalização. Este pode ser um período de elevado *stress* e ansiedade tanto para a criança como para a sua família. Torna-se essencial compreender a vivência do processo de hospitalização e mapear intervenções que visem diminuir o sofrimento e a ansiedade, prevenir sequelas e potenciar efeitos positivos.

A adaptação é o conceito primário da Modelo de Adaptação de Roy, sendo um eixo orientador para a prática de enfermagem, este significa que o sistema tem capacidade para se ajustar às mudanças no meio ambiente, e por sua vez, afetar o mesmo.

Este relatório de estágio tem como objetivo analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, incluindo os estágios realizados em quatro contextos diferentes. Mais especificamente pretende comunicar as aprendizagens e competências adquiridas/desenvolvidas, a par do resultado investigativo produzido ao longo do mesmo.

Ao longo do percurso formativo foram desenvolvidas atividades relacionadas com a promoção da adaptação à hospitalização da criança/jovem e família. No contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito dos cuidados antecipatórios, foi desenvolvido um folheto sobre como lidar com a febre e convulsões febris e um guia para os pais se preparem em caso de confrontarem com a necessidade de hospitalização dos seus filhos. Em contexto de Serviço de Urgência foi dado enfoque aos cuidados na admissão/ acolhimento ao internamento da criança/jovem e família, através do desenvolvimento de um Guia de Acolhimento, com o intuito de os preparar para o processo de hospitalização, adequando ao estado de desenvolvimento da criança e à disponibilidade psicológica dos pais. Em contexto de Unidade de Cuidados Neonatais foi desenvolvido um Diário de Esperança, dirigido aos pais, no contexto de promoção da esperança, enquanto intervenção promotora de adaptação à hospitalização. Por fim, no estágio em Unidade de Cuidados Intensivos foi construída uma

proposta de *Kit de Adaptação*, com atividades individualizadas às necessidades dos pais.

Inerente ao desenvolvimento das atividades descritas as principais competências desenvolvidas ao longo deste percurso foram “*comunicar com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento*“, “*transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.*“, “*capacita a criança (...) e família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação*” e também “*Utiliza estratégias promotoras de esperança realista*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Palavras-chave: Adaptação, Criança Hospitalizada; Família, Enfermagem Pediátrica.

Abstract

During the children's growth and development process the family system is often faced with a number of crisis-generating events, such as illness or the need of hospitalization. This can be a period of stress and anxiety for the child as well as for their family. Thus, it is essential to understand the experience of the hospitalization process and to map interventions with a view to reduce suffering and anxiety, prevent damage and increase positive effects.

Adaptation is the primary concept of Roy's Adaptation Model, being a guiding principle for nursing practice and it means that the system can adjust itself to changes in the environment and affect it, at the same time.

This report aims to critically analyze the journey of competency development, carried out through the master's degree in Nursing and specialization in Pediatric Health, which includes practices in four different contexts. Moreover, it aims to communicate acquired and developed skills, along with the investigative result produced throughout.

Throughout this formative journey, activities related to the promotion of child/youth and family's adaptation to hospitalization were developed. In the context of primary health care these were developed through the use of anticipatory care, which includes a booklet on how to cope with fever and febrile seizures and a guide for parents to prepare, in case of ever being confronted with the need for child's hospitalization. In the Emergency Department practice, the main focus was given to the admission of child / youth and family into to the ward, and it was developed a Guide to the Admission. This was aimed to prepare them and explain the rules of the department, according to the child's development state and to the parents' psychological availability. In the context of the Neonatal Care Unit it was developed a *Hope Diary*, aiming to promote parents' hope, as an intervention to promote hospitalization's adaptation. Finally, in the Intensive Care Unit practice it was built a proposal for a *Coping Kit*.

Inherent to the development of the activities described, the main competences developed during this journey were: "*Communicate with the child and family using techniques appropriate to the age and stage of development*", "*forward anticipatory guidance to families to maximize the potential for child*", "*enables the child (...) and the family to adopt coping and adaptation strategies*"

and also "*uses strategies that promote realistic hope*" (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Keywords: Adaptation, Hospitalized Child; Family, Pediatric Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ANQEP - Agência Nacional para a Qualificação e Ensino Profissional

CNSCA - Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGES - Direção-Geral do Ensino Superior

DGS - Direção-Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ex. – Exemplo

JBI - Joanna Briggs Institute

MAR - Modelo de Adaptação de Roy

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RN- Recém-Nascido

SOPed - Serviço Observação de Pediátrica

SUPed – Serviço Urgência de Pediátrica

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCN – Unidade de Cuidados Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

% - Percentagem

Índice

INTRODUÇÃO	17
1) ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA À HOSPITALIZAÇÃO	21
1.1) Modelo de Adaptação de Roy (1976)	28
1.2) Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma <i>Scoping Review</i> .	34
2) ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	49
2.1) Cuidados de Saúde Primários	50
2.2) Serviço de Urgência Pediátrica	57
2.3) Unidade de Cuidados Neonatais	64
2.4) Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	70
3) CONCLUSÃO	75
4) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	87
Apêndice I - Poster “Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança, Jovem e/ou Família à Hospitalização”	89
Apêndice II - Instrumento de Extração de Dados da Scoping Review (JBI, 2014)	93
Apêndice III - Quadro de Caracterização dos Estudos Incluídos na Scoping Review	97
Apêndice IV - Quadro de Estudos Excluídos na Scoping Review	103
Apêndice V - Folheto Informativo dirigido aos Pais em contexto de CSP “ <i>Febre na Criança</i> ”	107
Apêndice VI - Relatório de Sessão Formativa dirigida aos Enfermeiros em contexto de CSP “Cuidados antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”	111
Apêndice VII - Folheto Informativo dirigido aos pais em Contexto de CSP “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”	127

Apêndice VIII - Folheto Informativo dirigido aos Pais em Contexto de SUP “Choro nos primeiros meses de Vida”	131
Apêndice IX - Guia de Acolhimento ao SUP à Criança com necessidade de Internamento e aos seus Acompanhantes	135
Apêndice X - Análise Reflexiva Serviço de Urgência de Pediatria	139
Apêndice XI - Proposta de Tabela de Comunicação Aumentativa/Alternativa e Documento Guia em contexto de SUP	147
Apêndice XII - Avaliação da Intervenção “Tabela de Comunicação Aumentativa”	153
Apêndice XIII - Questionário de Diagnóstico de Situação UCN	159
Apêndice XIV - Diário de Esperança dirigido aos Pais em contexto de UCN & Instrumento Avaliativo: Escala de Esperança	165
Apêndice XV - Relatório de Sessão Formativa dirigida à equipa de enfermagem e contexto de UCN “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização.”	171
Apêndice XVI - Análise Reflexiva UCN	197
Apêndice XVII - Kit de Adaptação dirigido aos Pais & Guia de Implementação em contexto de UCIPed	205
Apêndice XVIII - Poster Informativos dirigido aos Enfermeiros em Contexto de UCIPed “Kit de Adaptação”	215
Apêndice XIX - Avaliação da Intervenção “Kit de Adaptação”	219
Apêndice XX - Plano de Cuidados relativo a duas crianças internadas em UCIPed: em contexto de doença aguda e agudização de doença crónica	225

Índice de Quadros

Quadro 1 - Critérios de Inclusão da <i>Scoping Review</i>	35
Quadro 2 - Síntese de Resultados da <i>Scoping Review</i>	38

Índice de Figuras

Figura 1 - A Pessoa como Sistema Adaptável	31
Figura 2 - Fluxograma PRISMA	37
Figura 3 - Processo da Adaptação da Criança e Família à Hospitalização	43
Figura 4 – Intervenções de Enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização dirigidas à criança e à família	47
Figura 5 – Nuvem de Palavras sobre o levantamento das 50 palavras mais utilizadas nos artigos incluídos na <i>Scoping Review</i> .	48

INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta-se como sùmula do percurso formativo no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Este tem como objetivo analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo do curso, inclusive dos quatro estágios realizados, mais especificamente comunicar aprendizagens e competências adquiridas ou desenvolvidas, a par do resultado investigativo produzido ao longo do mesmo.

A ingressão neste curso de mestrado em enfermagem e todo o percurso realizado decorreu da necessidade de a autora atualizar conhecimentos e competências específicas na área de contexto de trabalho, com o intuito de prestar cuidados de qualidade e fundamentados. Relativamente à excelência do exercício, no artigo 88.º a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015, p.93) enfatiza a necessidade de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas no sentido do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais”*. Acresce que a formação contínua enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação de saberes, é essencial no processo de desenvolvimento de competências, pois é *“este o processo que torna possível a tomada de decisão ética”* e fundamentada (OE, 2015, p.93).

A OE (2011a) evidencia os cuidados centrados na família, como essencial na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), dando ênfase aos processos comunicacionais decorrentes desta interação. Acrescenta ainda que estes profissionais se distinguem pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem, quando a família não possui as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz. Ao longo da prática de cuidados prestados na área da Saúde Infantil e Pediátrica foram-se tornando evidentes os sentimentos de medo e de ansiedade sentidos tanto pelas próprias crianças/jovem, mas também pelas

suas famílias, relacionados com a doença e com a necessidade de hospitalização. Esta necessidade adaptativa demonstrou-se, assim, essencial na atuação do EEESIP.

Para a criança a hospitalização é um “*período de elevado stress e ansiedade, durante o qual experiencia medos, pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor*” (Diogo *et al*, 2016, p. 27). No contexto de doença e hospitalização, a criança e a sua família recebem estímulos, sendo o principal a própria doença. Existem, porém, outros estímulos como a mudança de ambiente e rotinas de vida e a separação dos demais familiares. O conhecimento que se tem da doença, o apoio que a criança e os familiares recebem, entre outros, vão acentuar ou atenuar os efeitos dos mesmos. Existem ainda estímulos que não se relacionam diretamente com a vivência atual da doença e hospitalização, mas têm influência sobre a mesma, como experiências anteriores com hospitalização, doença na família, entre outros (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009).

A equipa de enfermagem durante este processo deve procurar manter um diálogo esclarecedor e transmitir confiança às crianças e aos seus familiares, garantindo um cuidado humanizado, de forma a que estes se mantenham informados e orientados quanto ao tratamento, procedimentos e dúvidas (Gonçalves *et al*, 2017). Estas intervenções, no âmbito da gestão emocional, deverão ser realizadas o mais precocemente possível, visto este ser um momento de especial ansiedade e vulnerabilidade para a criança e para a sua família (Diogo *et al*, 2016). O cuidado centrado na família é um elemento central no cuidado de enfermagem pediátrico, tendo em conta que o melhor interesse da criança é ser cuidado pela sua família. A relação entre o enfermeiro e a família é assim central, sendo baseado no respeito e numa comunicação aberta e honesta (Hutchfield, 1999). Neste sentido, Costa & Morais (2017) ressaltam a importância da participação da criança e da sua família como sujeitos ativos no processo da hospitalização.

A criança e a sua família, enquanto sistema, têm a capacidade de se adaptar à nova situação, a qual é permeada pela ocorrência de inúmeros estímulos. O comportamento apresentado depende dos seus mecanismos de enfrentamento ou processos de controlo individuais e nem sempre estes conseguem chegar à adaptação (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009).

A adaptação é o conceito primário da Modelo de Adaptação de Roy (MAR) (1976). Segundo Roy & Andrews (2001) a adaptação significa que o sistema tem capacidade para se ajustar às mudanças no meio ambiente, e por sua vez, afetar o mesmo, sendo o objetivo dos cuidados de enfermagem promover a adaptação e ajudar a lidar com os problemas de adaptação gerados. O enfermeiro deve agir visando controlar os estímulos, preparando a criança e a sua família para as mudanças antecipadas através do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009). Por sua vez, Hanna & Roy (2001) assumem que a utilidade do modelo de adaptação de Roy com as famílias foi demonstrada em diversos contextos clínicos e tem sido frequentemente usado em contextos pediátricos, sendo a unidade familiar a chave para alcançar a adaptação integrada em nome do indivíduo e, em última instância, da família. Nesta linha de pensamentos, Coelho & Mendes (2011) referem que o MAR é um instrumento valioso na orientação prática dos enfermeiros no processo de enfermagem, que leva à formulação de diagnósticos de enfermagem preditores das intervenções de enfermagem. O enfermeiro que apoie a sua prática no MAR vê *“o centro dos seus cuidados como coextensões com o seu ambiente físico e social, considerando as suas crenças, valores e esperanças.”* (Coelho & Mendes, 2011, p.848). Por seu lado, Tremarin, Gawleta & Rocha (2009) mencionam que a utilização do MAR permitiu aceder de forma mais individualizada, organizada e integral às necessidades individuais da criança e da sua família, vendo esta como parte integrante do seu próprio contexto e das circunstâncias de vida, no momento da hospitalização.

Objetivou-se, assim, que o MAR seria o referencial teórico indicado para guiar este percurso formativo, inclusive dos projetos e atividades desenvolvidas nos contextos da prática. Nesta medida, foi delineado como objetivo geral para os estágios realizados: desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos e, paralelamente desenvolver cuidados de enfermagem promotores de adaptação da criança/jovem e família à hospitalização.

Nesta linha de pensamento, no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito dos cuidados antecipatórios, foi desenvolvido um folheto direcionado aos pais sobre como lidar com a febre e convulsões febris, incluindo orientações em caso de se confrontarem com a necessidade de hospitalização dos seus filhos. Em contexto de Serviço de Urgência foi dado enfoque aos cuidados na admissão/

acolhimento ao internamento da criança/jovem e família, através do desenvolvimento de um Guia de Acolhimento, adequando a sua implementação ao estado de desenvolvimento da criança e disponibilidade psicológica dos pais. Paralelamente foi elaborada uma tabela de comunicação aumentativa, como instrumento facilitador do processo de comunicação entre profissionais de saúde e a criança internada com dificuldades comunicativas. Em contexto de Unidade de Cuidados Neonatais, foi desenvolvido um Diário de Esperança, dirigido aos pais, com o intuito de promoção da esperança enquanto intervenção promotora de adaptação à hospitalização. Por fim, no estágio em Unidade de Cuidados Intensivos foi construída uma proposta de *Kit de Adaptação*, com atividades individualizadas às necessidades adaptativas dos pais. Assim, ao longo deste percurso, as principais competências desenvolvidas foram: “*Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade*”, “*Comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (...)*” (OE, 2018, p. 3) e capacita a criança/jovem e a família “*(...) para a adoção de estratégias de coping e de adaptação*” (OE, 2018, p.4).

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos principais, sendo o primeiro o enquadramento concetual, justificando a escolha da temática da adaptação da criança/jovem e família à hospitalização, enquadrando a mesma no MAR. Integrando o objetivo de transferência e partilha de conhecimento em enfermagem, foi também integrada neste capítulo a *Scoping Review* elaborada, que tem como objetivo: mapear as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização da criança/jovem/família. No segundo capítulo foi desenvolvido o percurso realizado em cada estágio, descrevendo os objetivos, o diagnóstico de situação, atividades e competências desenvolvidas. Por fim, são apresentadas as conclusões decorrentes deste percurso formativo.

A elaboração deste documento segue as normas do novo acordo ortográfico e a norma APA (American Psychological Association, 2010).

1) ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA À HOSPITALIZAÇÃO

A Enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao “*ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” (OE, 2015, p.14).

O tempo presente é considerado como crucial para a ciência de enfermagem, tendo em conta o rápido desenvolvimento da sociedade, da saúde e das ciências básicas, direcionando, assim, a enfermagem para diferentes prioridades. Os desafios atuais são delineados de forma a criar uma estrutura de conhecimento disciplinar que forneça um enfoque unificador e renove o lugar da teoria na ciência de enfermagem, direcionando, assim, o futuro do desenvolvimento do conhecimento para a prática (Roy, 2018). Para esta autora, a nova estrutura do conhecimento exige uma integração de um forte conhecimento de enfermagem integrado com o conhecimento das ciências gerais. Deste modo, o corpo de conhecimento da enfermagem poderá ser identificado, selecionado e verificado, promovendo o bem individual e comum da sociedade, à medida que se avança neste século. Porém, para que tal seja possível, é necessário comprometimento, coragem, planeamento e implementação, usando estratégias eficientes e eficazes (Roy, 2018).

A principal meta da enfermagem pediátrica é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde da criança e da sua família (Hockenberry & Wilson, 2016). Nesta medida, a arte dos cuidados de enfermagem pediátrica deve focar-se na filosofia do cuidado, ou seja, no cuidado centrado na família e nos cuidados atraumáticos, orientados e implementados através da prática de enfermagem baseada na evidência (Saini *et al*, 2017).

Segundo Hutchfield (1999) o cuidado centrado na família é um elemento central no cuidado de enfermagem pediátrico, sendo a relação entre o enfermeiro e a família central para o mesmo. Segundo o autor, este é baseado no respeito pela família e numa comunicação aberta e honesta. Esta abordagem reconhece os membros da família como a constante na vida da criança, reconhecendo a

importância dos mesmos no cuidado à criança e aceita a experiência dos pais como um recurso de informação sobre a criança e um recurso importante para a prestação de cuidados de saúde. Assentando, nesta medida, na crença de que as necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança e o bem-estar geral da família são melhor alcançados quando os enfermeiros apoiam diligentemente a capacidade de a família atender às necessidades de seus filhos (Shields *et al*, 2007; Brown *et al*, 2008). Em síntese, o cuidado centrado na família reconhece a singularidade e a diversidade de crianças e das suas famílias, apoiando os seus métodos de adaptação e de *coping* (Brown *et al*, 2008).

Neste sentido, Livesley & Long (2012) referem que o cuidado centrado na família e a participação dos pais tornaram-se norma na enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e estão profundamente enraizados nos cuidados dos enfermeiros pediátricos. Shields *et al*. (2007) acrescentam que esta abordagem é baseada em parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados de saúde, a criança e a sua família. Para Hanna & Roy (2001) trabalhar com a unidade familiar é a chave para alcançar a adaptação integrada em nome do indivíduo e, em última instância, da família. Os membros da família compartilham a meta de recuperação e podem ser considerados colaboradores no processamento de informações necessária para a recuperação. O fato de serem considerados participantes ativos no cuidado pode ter impacto no alívio do custo substancial que a doença e a hospitalização têm em toda a família (Hanna & Roy, 2001).

Em 1988 Anne Casey desenvolveu o Modelo de Cuidados em Parceria, identificando o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança hospitalizada, sendo a família considerada prestadora de cuidados à criança. Este modelo é baseado na negociação e no respeito pelas necessidades e desejos da criança e da família (Casey, 1993). Neste sentido, também Smith (1995) afirma que a criança é influenciada por fatores que afetam a unidade familiar, sendo assim, a família vista como cliente. O processo de cuidar em pediatria, pela sua especificidade, determina que o enfermeiro desenvolva a capacidade para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais (Mendes & Martins, 2012). Para estes autores a enfermagem pediátrica coloca a sua tónica no desenvolvimento do processo de

parceria, a qual requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança.

Os cuidados de enfermagem pediátricos são também enquadrados numa filosofia de cuidados atraumáticos, na medida em que se pretende eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico da criança e família (Hockenberry & Wilson, 2016).

Para a contextualização deste trabalho tornou-se essencial definir alguns conceitos estruturantes do mesmo. No Artigo 1.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (Assembleia da República, 1990), o conceito de criança é definido como todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo. A Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) (2009) reforça esta ideia considerando a criança como toda a pessoa com idade entre os 0 e 18 anos e adolescente como toda a pessoa com idade entre 10 e 18 anos.

A Família é definida pela OE (2011a, p. 4) como “*o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem exercendo uma forte influência no crescimento e desenvolvimento.*” Na perspetiva de Figueiredo *et al* (2010) esta unidade caracteriza-se pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, mantendo uma permanente interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas. Enfatizando as suas “*dimensões sistémicas e ecológicas, que lhe conferem complexidade, num contexto de instabilidade dinâmica a que subjaz as características de globalidade, totalidade, equifinalidade, circularidade e auto-organização.*” (Figueiredo *et al*, 2010, p.902). Juridicamente são fontes das relações familiares o casamento, o parentesco, a afinidade e a adoção. A Lei diz também que os filhos estão sujeitos às responsabilidades parentais até à maioridade ou emancipação, para além disso, no artigo 1878.º do Código Civil é definido que compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens, e por outro lado, que os filhos devem obediência aos pais; estes, porém, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida (Decreto-Lei n.º 47344).

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, o sistema familiar depara-se frequentemente com inúmeros acontecimentos de vida geradores de crises, tais como a doença e a hospitalização. Especialmente nos primeiros anos de vida *“as crianças são muito suscetíveis ao desenvolvimento de determinadas patologias e à conseqüente experiência de hospitalização.”* (Diogo *et al*, 2016, p.27).

A Hospitalização é definida como a admissão num hospital para tratamento (Oxford Dictionaries, 2013). A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada realça que a *“admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia”* (Instituto de Apoio à Criança, 1998). Nesta carta são também expressos e universalmente aceites alguns princípios como o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos (CNSCA, 2009). Nesta perspectiva, na Lei Portuguesa a criança com idade até aos 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua (Lei n.º 15/2014).

Segundo a CNSCA (2009) em Portugal no ano 2006 existiram 195130 internamentos na população dos 0 aos 17 anos. Sendo que 20,7% dos internamentos foram no primeiro ano de vida, 28,6% do 1 aos 4 anos, 23,2% dos 5 aos 9 anos, 16,5% dos 10 aos 14 anos e 11,0% dos 15 aos 17 anos. No que diz respeito aos diagnósticos de internamento hospitalar entre o primeiro e o nono ano de vida, destacam-se os internamentos por problemas respiratórios, tendo as doenças infecciosas e parasitárias também representação elevada. A partir dos 10 anos, as doenças do aparelho digestivo lideram os episódios de internamento, passando as respiratórias para terceiro lugar (DGS, 2018). Segundo Livesley & Long (2012) no Reino Unido, todos os anos 20% das crianças deram entrada num Serviço de Urgência e 700000 tiveram um internamento de menos de 24 horas.

Apesar da adequação do ambiente hospitalar à pediatria, algumas crianças permanecem internadas em enfermarias por longos períodos de tempo. As crianças hospitalizadas são particularmente vulneráveis devido à sua doença, ao seu estágio de desenvolvimento físico, intelectual e emocional, mas também devido ao pouco controlo que têm sobre o que lhes está a acontecer (Livesley & Long, 2012).

Nesta perspectiva, torna-se essencial compreender a vivência do processo de hospitalização pela criança/jovem e pela sua família. Segundo Costa & Morais (2017) a hospitalização é um evento que desencadeia preocupação e ansiedade visto ser um *“período de elevado stress e ansiedade, durante o qual experiencia medos pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor”* (Diogo et al, 2016, p. 27). Mesmo curtos períodos de hospitalização têm efeitos adversos sobre as crianças e sobre as suas famílias, na medida em que estes estão separados do seu mundo familiar e das suas rotinas, tendo de conviver com um ambiente novo e desconhecido. As crianças podem, ainda, ter que ser submetidas a procedimentos geradores de medo e dor (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009; Costa & Morais, 2017; Santos et al, 2016). Fatores específicos que aumentam os riscos de efeitos adversos incluem a idade (com crianças mais jovens muito mais propensas a sofrer efeitos adversos) e duração do internamento hospitalar. Estimativas sugerem que até 60% das crianças sofrem impactos negativos, como pesadelos, ansiedade de separação, agressão à autoridade e aumento do medo de hospitais e médicos (Livesley & Long, 2012).

Neste contexto, a criança e a família recebem múltiplos estímulos, sendo que o principal é a própria doença. Existem, porém, outros estímulos como a mudança de ambiente, de rotinas de vida e a separação dos demais familiares. O conhecimento que se tem da doença, o apoio que criança e a família recebem, entre outros, podem acentuar ou atenuar os efeitos destes estímulos. Existem ainda estímulos que não se relacionam diretamente com a vivência atual da doença e hospitalização, mas têm influência sobre a mesma, como experiências anteriores com hospitalização, doença na família, entre outros (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009). A experiência de hospitalização pode ter impacto nas esferas afetiva, psicológica e emocional da criança e da sua família, sendo importante que o enfermeiro reconheça os potenciais fatores de risco (Santos et al, 2016).

Na perspectiva de Hockenberry & Wilson (2016) o benefício mais imediato da hospitalização é a recuperação da saúde da criança, porém esta pode representar uma oportunidade para a criança desenvolver competências para lidar com situações *stressantes* e sentir-se competente na sua capacidade de enfrentar situações semelhantes. Nesta medida, quando a adaptação à hospitalização é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais confiante por ter

superado esta situação de crise. Assim, os benefícios emocionais devem ser considerados e as estratégias de enfermagem implementadas, para que esta experiência seja uma oportunidade de desenvolvimento (Diogo *et al*, 2016).

Até pelo menos o final dos anos 50, os hospitais em todo o mundo tendiam a ser lugares sombrios para as crianças. Acreditava-se que as visitas dos pais inibiriam o cuidado efetivo e eram prejudiciais para a criança, este facto criava sentimentos de angústia nas crianças quando os pais saíam. No entanto, a investigação começou, nesta altura, a sugerir que crianças cujos pais não as visitavam sofriam trauma emocional agudo, podendo gerar consequências psicológicas a longo prazo na adolescência e na idade adulta (Shields *et al*, 2007).

Os cuidados de enfermagem em pediatria têm vindo a transformar-se ao longo dos tempos, nomeadamente, no que respeita ao desenvolvimento de cuidados que visam as necessidades específicas da criança, cuidados atraumáticos e cuidados centrados na família. A presença constante dos familiares junto da criança e o trabalho dos enfermeiros no sentido da compreensão das necessidades emocionais das crianças levou a um processo lento de mudança resultante numa humanização da pediatria, sendo, porém, ainda necessário investir na formação e no desenvolvimento profissional, no sentido de promover um cuidado totalmente centrado na família (Shields *et al*, 2007; Pereira *et al*, 2010).

Partindo do pressuposto de que a criança possui uma natureza singular e características próprias, torna-se evidente a necessidade do enfermeiro compreender as suas particularidades, ou seja, saber mais sobre o que ela pensa e sente (Moreira & Dupas, 2003). É fundamental envolver ativamente a criança no processo de cuidar, isto permite aumentar o conhecimento sobre os procedimentos e cuidados realizados e, assim, melhorar o seu estado geral, potenciando melhores resultados em saúde. As questões de desenvolvimento devem ser consideradas ao comunicar informações à criança e as suas opiniões devem ser tidas em conta na tomada de decisão sobre o seu cuidado. Os latentes e pré-escolares têm uma reduzida capacidade decisória, não podendo fornecer consentimento informado para aceitar ou recusar cuidados. Por outro lado, crianças em idade escolar podem indicar se concordam ou discordam, mas podem não entender completamente as implicações da sua decisão. Embora

muitos adolescentes tenham a capacidade de tomar decisões, essa capacidade deve ser determinada individualmente. Nesta medida, é necessário ponderar individualmente a capacidade de tomada de decisão (Brown *et al*, 2008).

Deste modo, para Magnabosco, Tonelli & Souza (2008) destaca-se a importância da preparação dos profissionais de enfermagem na abordagem à criança, avaliando o seu conhecimento e informando quanto às sensações e intensidade do estímulo doloroso, aliviando o *stress* provocado pelos procedimentos, principalmente os invasivos. Para que os traumas decorrentes da hospitalização infantil sejam amenizados e o cuidado humanizado garantido, é necessário que os profissionais de saúde integrem aos recursos tecnológicos a compreensão das etapas de crescimento e desenvolvimento, associando condições como: presença permanente de familiares, disponibilidade afetiva dos profissionais, transmissão de informação clara e individualizada, atividades recreacionais entre outras. Exemplificando, o recurso a demonstrações de procedimentos em brinquedos, ou desenhos de crianças e personagens infantis hospitalizados, ajudam a diminuir as dúvidas e incertezas tanto dos filhos como dos pais (Magnabosco, Tonelli & Souza, 2008).

Compreende-se, desta forma, a importância da preparação da hospitalização, no sentido de promover uma adaptação eficaz, visto esta ser essencial para diminuir as manifestações de ansiedade, problemas de comportamento e para prevenir perturbações do desenvolvimento ou do relacionamento familiar. A relevância desta preparação baseia-se no princípio de que para a criança o medo do desconhecido excede o medo do conhecido, assim, ao reduzir os elementos desconhecidos para a criança, diminui conseqüentemente o medo que esta sente. Não existindo um padrão universal recomendado, a abordagem ideal é a que tem em conta a individualidade de cada criança e família, através de um plano de cuidados de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2016; Magnabosco, Tonelli & Souza, 2008).

Em suma, a compreensão do impacto negativo na vida da criança das experiências de doença e hospitalização e a utilização de estratégias que tornam o ambiente hospitalar promotor de bem-estar, são facilitadores da adaptação da criança e da sua família. Conseqüentemente, estes podem tornar a experiência de hospitalização numa oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento (Pereira *et al*, 2010).

1.1) Modelo de Adaptação de Roy (1976)

Os Modelos conceituais são paradigmas que fornecem um quadro de referências para uma abordagem sistematizada de fenómenos relacionados com os cuidados de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Estes facilitam a análise e interpretação dos dados, para além de possibilitarem que o enfermeiro planeie e implemente intervenções de forma sistemática e intencional (Ribeiro *et al*, 2018). Segundo Coelho & Mendes (2011) os modelos conceituais pretendem explicar os fenómenos na sua globalidade, tendo, nessa medida, múltiplas aplicabilidades tanto para a investigação, como para a prática. Os métodos sistematicamente desenvolvidos “(...) *estimulam o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional de enfermagem; conseqüentemente, a teoria conduz à autonomia profissional, orientando a prática, o ensino e a formação da enfermagem*” (Coelho & Mendes, 2011, p. 846).

Segundo Fawcett & Desanto-Madeya (2013) um exemplo de um modelo conceitual de enfermagem é o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) (1976). Estes modelos dedicam-se ao estudo de fenómenos metaparadigmáticos da profissão de Enfermagem, fornecendo diferentes perspetivas da enfermagem de acordo com as suas características, sendo que Roy se centra no conceito de Adaptação, considerando-o um eixo orientador para a prática de enfermagem (Fawcett, 2017; Coelho & Mendes, 2011).

Por sua vez, a Teoria é um guia diretivo para determinadas atividades práticas de enfermagem. Segundo Fawcett (2017) as teorias estão ligadas aos modelos conceituais, e tal como estes são compostos por conceitos e proposições, sendo neste caso, mais concretos e específicos. A amplitude das teorias é determinada pelo seu nível de abstração e conteúdo teorizado (Tomey & Alligood, 2004). Nesta medida, com base no MAR, Roy desenvolveu diversas teorias, entre elas a Teoria de *Coping* em Quatro Níveis Adaptativos (2011), sendo esta definida como uma grande teoria, na medida em que propõe algo “*verdadeiro ou testável*” (Tomey & Alligood, 2004, p. 7).

Segundo o nível de conhecimento em enfermagem categorizado por Kérouac *et al* (1994) e Fawcett & Desanto-Madeya (2013) o Modelo de Adaptação de Roy é parte integrante do paradigma da Integração. Citando Kérouac *et al* (1994), Lopes & Lourenço (1998) referem que o paradigma da integração (década

de 50 – século XX) perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, devendo ser valorizados os dados objetivos, mas também os subjetivos. Este paradigma influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa, sendo que o grande objetivo dos cuidados de enfermagem era a *“manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões: biopsicosocioespíritual e cultural, surgindo o conceito de holismo”* (Ribeiro *et al*, 2018, p.2). Surgiram nesta altura, os primeiros modelos conceituais definidores da prática dos cuidados de enfermagem, contribuindo com orientações tanto para a formação como para a investigação (Kérouac *et al*, 1994). No âmbito deste paradigma, assistiu-se à emergência de novos modelos conceituais que se dividiram em quatro escolas de pensamento, sendo Calista Roy uma das teóricas de referência da Escola dos Resultados (Ribeiro *et al*, 2018). A Escola de Pensamento dos Resultados centra-se nas ações de Enfermagem *“relacionadas com as condições para a estabilidade e a prevenção da perda de energia e à harmonização entre o indivíduo e o ambiente, incluindo os conceitos de sistemas e de adaptação”* (Diniz & Avelar, 2009, p.176). Esta trata do porquê dos cuidados de enfermagem sem ignorar o “o que é” e o “como fazer”, sendo que os resultados advêm dos cuidados prestados (Neto & Nóbrega, 1999).

Os modelos de enfermagem expressam-se através de metaparadigmas de enfermagem. O metaparadigma é o nível mais abstrato de conhecimento, determinando os principais conceitos definidores da disciplina, sendo que na disciplina de enfermagem os conceitos definidores são a Enfermagem, Pessoa, Ambiente e Saúde (Tomey & Alligood, 2004; Coelho & Mendes, 2001; Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

Nesta medida, para Roy & Andrews (2001) a Pessoa é vista como sistema holístico adaptável, sendo o ponto central dos cuidados de enfermagem. Este *“(...) recetor pode ser uma pessoa, uma família ou grupo, uma comunidade ou a sociedade como um todo”* (Roy & Andrews, 2001, p. 19). Segundo estes autores, o conceito de adaptação significa que o sistema tem capacidade para se ajustar às mudanças no meio ambiente, e por sua vez, afetar o mesmo.

Roy baseou-se na Teoria dos Sistemas, para definir o sistema Pessoa, caracterizado por estímulos de entrada (internos e externos) e pela resposta da pessoa, sendo que esta é definida como saída. A resposta é construída através

dos estímulos de entrada e o nível individual de adaptação (Roy & Andrews, 2001).

O ambiente é entendido enquanto mundo interior e exterior da pessoa, estimulando a pessoa a criar respostas adaptáveis, o qual inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa. Os fatores influenciadores são categorizados como estímulos focais, contextuais e residuais. O Estímulo Focal é o estímulo que imediatamente confronta a pessoa, no qual esta vai concentrar a sua atenção e energia (Ex. No doente pediátrico poderá ser estar longe de casa). Os Estímulos Contextuais são todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do Estímulo Focal, influenciando a forma como a pessoa lida com o Estímulo Focal, podendo ser positivos ou negativos (Ex. A criança apesar de estar longe de casa, pode reagir melhor se estiver na companhia dos seus pais e de objetos familiares). Por fim, os Estímulos Residuais são fatores ambientais cujos efeitos não são centrais à situação atual, sendo que a pessoa poderá não ter consciência da influência dos mesmos (Ex. Experiência passada da criança longe de casa). É importante reconhecer que a categorização destes estímulos pode alterar-se, visto que o meio ambiente está constantemente a mudar. É a junção destes estímulos que cria o nível de adaptação (capacidade de a pessoa responder positivamente a uma situação) e consequentemente a resposta da pessoa, sendo que esta pode ser adaptável ou ineficaz (Roy & Andrews, 2001).

Para além disso, Roy idealizou os complexos controlos dentro das pessoas como mecanismos de resistência, os quais podem ser inatos ou adquiridos (desenvolvidos através das vivências). Os comportamentos resultantes do mecanismo de resistência podem ser observados em quatro modos adaptáveis, sendo através deles que se pode observar o nível de adaptação. O modo fisiológico é associado às atividades fisiológicas do organismo. O modo de autoconceito incide sobre os aspetos psicológicos e espirituais da pessoa. O modo de função de vida real incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Por fim, o modo de interdependência incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor (Roy & Andrews, 2001). A seguinte figura representa um esquema da Pessoa enquanto sistema adaptável definido por Roy (Figura 1).

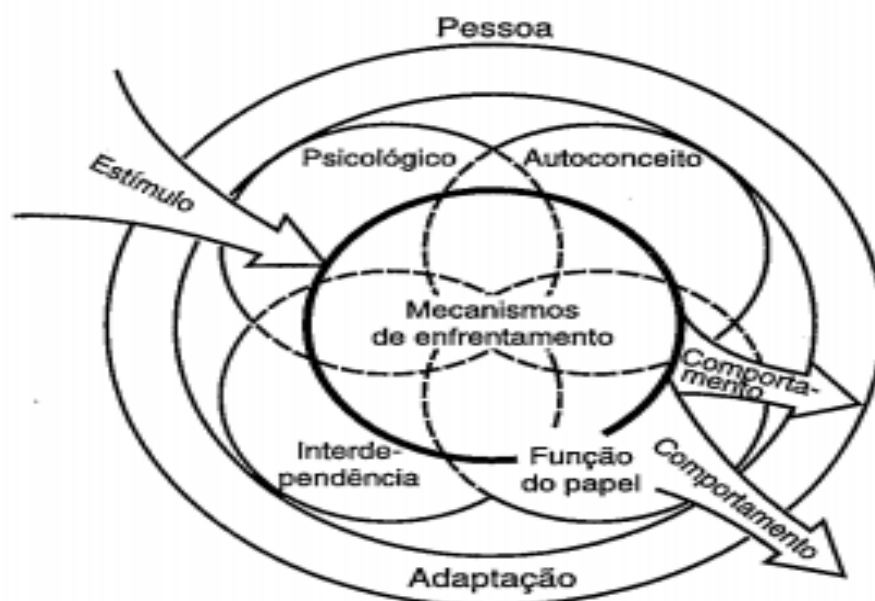


Figura 1 - A Pessoa como Sistema Adaptável (Roy & Andrews, 2001, p. 31)

Segundo o MAR a saúde é “(...) *um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa integrada e total. Constitui um reflexo da adaptação, isto é, a interação da pessoa com o ambiente*” (Roy & Andrews, 2001, p. 35). Para Roy, a Enfermagem tem o objetivo de promover a saúde dos indivíduos, ou seja, a promoção da adaptação, nos quatro modos, contribuindo através disso, “*para a saúde, para a qualidade de vida e para uma morte com dignidade*” (Roy & Andrews, 2001, p. 34). Roy salienta também que cabe ao enfermeiro promover a adaptação em situações de saúde ou doença de forma a aumentar a interação da pessoa com o ambiente, e através disto promover a saúde (Roy & Andrews, 2001).

Quando o padrão de saúde está alterado, como no caso da necessidade de hospitalização de uma criança/jovem, são inúmeras as necessidades adaptativas tanto das próprias crianças como dos diversos elementos da sua família. Seguindo esta linha de pensamento, Tremarin, Gawleta & Rocha (2009) realçam que a criança e a família têm a capacidade de se adaptar a novas situações, a qual é permeada pela ocorrência de inúmeros estímulos. No contexto de doença e hospitalização os principais estímulos são a própria doença, a mudança de ambiente e rotinas diárias e a separação de alguns familiares. Existem ainda estímulos que não se relacionam diretamente com a vivência atual da doença e

hospitalização, mas têm influência sobre a mesma, como experiências anteriores com hospitalização, doença na família, entre outros. Segundo Tremarin, Gawleta & Rocha (2009), o objetivo dos cuidados de enfermagem à criança e à família durante a hospitalização deve ser promover a adaptação e apoiá-los a lidar com problemas de adaptação gerados. Neste sentido, Coelho & Mendes (2011) referem que a enfermagem, de acordo como o MAR, é a ciência e a prática que aumenta as capacidades adaptativas e procura transformações nas pessoas inseridas no meio ambiente.

O cuidado de enfermagem sustentado pelo referencial do Modelo de Adaptação de Roy permite uma ação de forma mais individualizada e organizada, integrando as necessidades individuais da criança e da sua família, tendo em conta o seu contexto e as circunstâncias de vida familiar no momento da hospitalização, conseqüentemente as ações dos enfermeiros devem visar controlar os estímulos no ambiente, e preparar antecipadamente mudanças através do fortalecimento de mecanismos de enfrentamento (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009).

O MAR apresenta um processo de enfermagem direcionado para a prática, de modo a fornecer um cuidado holístico às crianças e à sua família, podendo ser um instrumento valioso na orientação prática dos enfermeiros no processo de enfermagem, na medida em que leva à formulação de diagnósticos de enfermagem preditores das intervenções de enfermagem (Saini *et al*, 2017; Coelho & Mendes, 2011). Desta forma, formula-se para guiar este relatório o diagnóstico de enfermagem de Enfrentamento comprometido – *“Padrão de avaliação inválida de stressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar”* (Herdman & Kamitsuru, 2018, p.625), relacionando-se com o estabelecimento do resultado: *“Adaptação da Criança e Família à Hospitalização, através da mobilização de respostas adaptativas”* (Johnson *et al*, 2006, p.460).

Conseqüentemente as intervenções de Enfermagem incidem sobretudo no modo adaptativo fisiológico (na diminuição da ansiedade e do medo) e na função de papel, concretamente na promoção do papel parental, de modo, a promover a adaptação e ajudar a criança a lidar com os problemas de adaptação gerados. Para Johnson *et al* (2006) as principais intervenções para este diagnóstico são a melhoria do enfrentamento e aumento da segurança. Segundo Bulechek *et al*

(2016, p. 305) a intervenção de enfermagem Melhoria do Enfrentamento refere-se à “*facilitação de esforços cognitivos e comportamentais para controlar stressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram no atendimento às demandas da vida e papéis*”. Dentro das atividades sugeridas pelos autores destaca-se: auxiliar a identificar metas adequadas de curto e longo prazo, ajudando na procura de recursos disponíveis para atingir os mesmos e na procura de sistema de apoios disponíveis; bem como avaliar o impacto da situação presente na vida da criança e família; avaliar a compreensão da criança e da família sobre o processo de doença e de hospitalização; fornecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; encorajar uma atitude de esperança realista; explorar experiências anteriores da criança e família e estratégias utilizadas para superar as mesmas; apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; encorajar a criança e família a identificar os seus pontos fortes e habilidades; reduzir os estímulos do meio ambiente que podem ser interpretados como ameaça; encorajar a participação da família nos cuidados e nos processos de tomada de decisão sobre o cuidado à criança e também orientar a criança e família sobre uso de técnicas de relaxamento (Bulechek *et al*, 2016).

Como intervenções sugeridas Johnson *et al* (2006) referem a orientação antecipada (preparando as mudanças antecipadas através do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento) e o suporte emocional. São também sugeridas pelos autores outras intervenções como escutar ativamente, não mentir, dar informação preparatória sobre possíveis sensações, apoio espiritual, prestar cuidados na admissão/ acolhimento; facilitar a presença da família, estabelecer limites e promover a integridade familiar e suporte à família; reduzir a ansiedade através de técnicas para controlar o ambiente e os estímulos. Outras intervenções referidas são a distração, humor, jogo terapêutico, arteterapia, musicoterapia e terapia com animais (Diogo *et al*, 2016; Johnson *et al*, 2006).

No curso do desenvolvimento infantil, à medida que a criança processa gradualmente as suas experiências com o ambiente e as pessoas, ocorre uma transformação no seu comportamento (Santos *et at*, 2016). Nesta perspetiva, ao cuidar da criança hospitalizada, os enfermeiros deparam-se com um ser humano e com a sua família em situação de vulnerabilidade emocional, física e social, o que exige dos mesmos uma compreensão não somente da doença, mas também

sensibilidade para reconhecer as suas particularidades. A equipa de enfermagem deve procurar manter um diálogo esclarecedor e transmitir confiança à criança e aos acompanhantes, garantindo um cuidado humanizado, de forma a mantê-los informados e orientados quanto ao tratamento, procedimentos e dúvidas. Para isso, é necessário incluir a criança e a família no processo, tornando-os sujeitos ativo dos cuidados (Gonçalves *et al*, 2017; Santos *et at*, 2016).

Nesta medida, Hanna & Roy (2001) concluem que trabalhar com a unidade familiar é a chave para alcançar a adaptação integrada em nome do indivíduo e, em última instância, da família. Torna-se assim, essencial mapear intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e da sua família, de forma a experienciar a hospitalização de forma positiva, permitindo que vivenciem a mesma como uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento.

1.2) Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma *Scoping Review*.

Tem-se tornado marcante a importância crescente de uma Prática Baseada em Evidências na medida em que, a transferência da evidência para a prática de enfermagem, tem subjacente que as pessoas que recebem cuidados baseados em evidência, alcançarão melhores resultados em saúde (Lage, *et al*, 2016). Esta prática pode ser definida como uma abordagem de resolução de problemas para a prestação de cuidados de saúde que integra as melhores evidências e combina as preferências do paciente com a experiência em valores do profissional de saúde (Camargo *et al*, 2018).

Nesta perspetiva foi realizada uma revisão da literatura de acordo com o método de *Scoping Review* segundo o Joanna Briggs Institute (JBI) (2014), através da realização de um protocolo prévio de *Scoping Review*. No entendimento de Peters *et al* (2015) estas revisões têm grande utilidade para sintetizar evidências de pesquisa e são frequentemente usadas para mapear a literatura existente num determinado campo em termos de sua natureza, características e volume.

Nesta sequência, e na perspetiva de partilha de conhecimento científico em enfermagem foram apresentados os resultados desta *Scoping Review* no 1º

Seminário Internacional do Curso de Mestrado em Enfermagem, em forma de Poster (Apêndice I).

Metodologia

Como ponto de partida para esta Revisão da Literatura foi definida como questão de revisão: quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização da criança/jovem/família? E como objetivo: mapear as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança/jovem/família à hospitalização.

Estratégia de pesquisa

Na fase inicial do protocolo foram definidos critérios de inclusão de acordo com a metodologia *Scoping* PCC (Quadro 1) – População, Conceito e Contexto.

Quadro 1 - Critérios de Inclusão da *Scoping Review*

Tipo	Critério de inclusão
População	Criança, Jovem (0-18 anos) e Família (Pais, cuidadores ou representantes legais e irmãos).
Conceito	Intervenções promotoras da adaptação.
Contexto	Hospitalização.

Foram incluídos estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura. Utilizou-se também como critério de seleção os artigos encontrados datados entre 2012 e 2017, por se ter considerado que são os que detêm evidência científica mais recente e como forma de limitar as publicações para análise de conteúdo. Para além disso, incluíram-se apenas as publicações em regime *full text*. Considerou-se, ainda, como línguas de inclusão os artigos em Português e Inglês.

A pesquisa foi realizada, numa etapa inicial, através de uma pesquisa na literatura cinzenta, no motor do Google académico, e na base de dados EBSCO, de forma a ter uma visão geral do conhecimento produzido sobre o tema, e

compreender os termos índice utilizados para descrever o tema em estudo, ajudando a delinear a pesquisa.

Seguidamente foi realizada uma pesquisa em três bases de dados eletrónicas – PUBMED, MEDLINE e CINAHL no dia 28/05/2018, com recurso aos descritores DeCS: *Adaptation, Psychological; child, Hospitalized; Pediatric Nursing*, e MeSH: *Adaptation, Psychological; child, Hospitalized; Nursing* e com recurso ao operador booleano *AND*. Posteriormente foi realizada uma análise dos artigos resultantes desta pesquisa, através das palavras presentes nos títulos, bem como as palavras-chave associadas aos mesmos, dos resumos e por fim da sua leitura integral, de modo a encontrar os artigos alvo da presente *Scoping Review*.

Extração dos Dados

Após a pesquisa, todos os artigos obtidos foram identificados e removidos todos os que se encontravam duplicados. Os títulos e resumos foram analisados face aos critérios de inclusão. Os estudos em *full text* que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos.

Os dados dos artigos incluídos foram extraídos, utilizando um instrumento de mapeamento alinhado com o objetivo e questão da revisão como indicado pela metodologia desenvolvida pelo Joanna Briggs Institute (2014) (Apêndice II), e os resultados obtidos através do mesmo é apresentado num quadro de análise dos artigos incluídos (Apêndice III). Apresenta-se também um quadro dos estudos excluídos (Apêndice IV).

O fluxograma de pesquisa (PRISMA) é apresentado na figura 2 (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009).

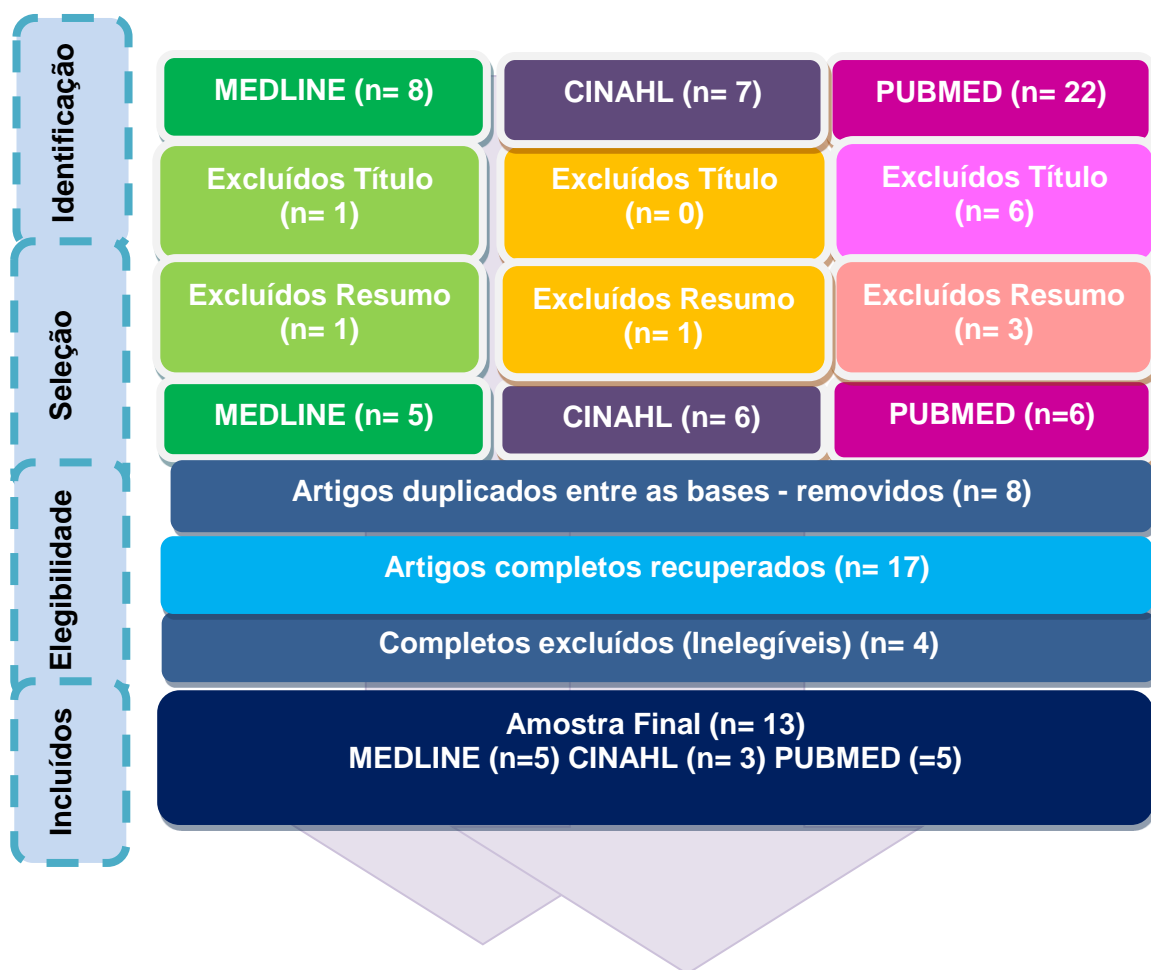


Figura 2 - Fluxograma PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009)

Apresentação dos Resultados

O objetivo desta *Scoping Review* foi mapear as intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização da criança e da sua família. Desta forma, foram extraídos dados dos 13 artigos analisados, sendo que a síntese dos objetivos e resultados foram apresentados em forma de quadro (Quadro 2), sintetizando as ideias-chave que respondiam à questão de investigação, permitindo a interpretação sistematizada dos artigos.

Quadro 2 - Síntese de Resultados da *Scoping Review*

Autor e Ano de Publicação	Objetivo	Resultados
Ribeiro, J; et al. (2016)	Refletir sobre o cuidado à criança hospitalizada e práticas de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> ● Técnicas de Comunicação: ler, jogos, demonstração dos procedimentos. ● Cuidados centrados na criança e na família – pais como parceiros de cuidados.
Grahn, M; Olsson, E; Mansson, M. (2016)	Descrever estratégias utilizadas pelos enfermeiros na interação com crianças.	<ul style="list-style-type: none"> ● Envolvimento da criança e família nos cuidados com ênfase nas estratégias de comunicação eficaz.
Drake, J; et al. (2012)	Avaliar a percepção da eficácia de <i>Kits</i> de Adaptação.	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Kits</i> de adaptação são eficazes na diminuição da ansiedade das crianças, aumentando a colaboração durante os procedimentos.
Doupnik, S; et al. (2017)	Descrever intervenções promotoras de adaptação para pais de crianças Hospitalizadas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervenções de apoio à adaptação podem aliviar o <i>stress</i> psicológico dos pais. ● Três categorias de intervenções: educação, regulação emocional e apoio social e estrutural.
Foster, K; et al. (2016)	Analisar as experiências dos pais com criança gravemente ferida durante a hospitalização.	<ul style="list-style-type: none"> ● Experiência e necessidades dos pais: lidar com a lesão infantil; aceitar a complexidade da lesão e encontrar maneiras de lidar com necessidades da família.
Hagstrom, S (2016)	Descrever fontes de <i>stress</i> das famílias de crianças internadas em cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Fontes de <i>stress</i>: separação, incerteza em relação ao futuro, doença e sofrimento da criança, <i>stress</i> emocional, <i>stress</i> físico, <i>stress</i> financeiro e no trabalho e experiências passadas.
Gomes, G; et al. (2013)	Conhecer as percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança durante a hospitalização.	<ul style="list-style-type: none"> ● Necessidade de apoiar a família para que possa cuidar e participar nos cuidados à criança, de modo, a que a hospitalização seja o menos traumática possível. ● Ambiente hospitalar, medo da criança e mudanças no comportamento da criança.
Lyu, Q; et al (2016)	Validar Escalas de Adaptação à Hospitalização em famílias com crianças em cuidados oncológicos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação da eficácia dos mecanismos de <i>coping</i> durante a hospitalização. ● Implementação de intervenções realistas de apoio baseada na avaliação da escala.
Sposito, A; et al (2015)	Analisar estratégias de adaptação utilizadas por crianças com doença oncológica a realizar quimioterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Estratégias utilizadas: entender a necessidade de quimioterapia; encontrar alívio para os efeitos secundários da quimioterapia e dor; compreender a importância da alimentação; participar em atividades de entretenimento e divertir-se; manter viva a esperança de cura e encontrar apoio na religião.

Costa, J; Santos, M. (2016)	Criar um grupo de ajuda-mútua com adolescentes hospitalizados com doença crónica não transmissível.	<ul style="list-style-type: none"> ● Impacto do internamento no quotidiano, que limita as atividades diárias como ir à escola, ver família e amigos e brincar. Mecanismos de enfrentamento: apoio familiar, desenvolvimento de atividades lúdicas e uso regular da medicação.
Moreira, R; et al. (2016)	Identificar percepções da equipa de enfermagem acerca da Terapia Assistida com Cães.	<ul style="list-style-type: none"> ● As percepções reforçam evidência que a terapia pode tornar-se uma intervenção efetiva para promoção da saúde de crianças e adolescentes com doença oncológica
Cho, E; et al.(2016)	Identificar os efeitos da técnica de canguru sobre a vinculação materno infantil e <i>stress</i> materno.	<ul style="list-style-type: none"> ● A Técnica de Canguru é uma das intervenções de enfermagem mais eficazes nos cuidados neonatais no cuidado às crianças pré-termo e às suas mães.
Abuidhail, J; et al. (2016)	Descrever as experiências vividas, as necessidades e os sistemas de apoio dos pais em unidades de Neonatologia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Pais vivenciam sentimentos de choque, preocupação e ansiedade. Influência da admissão; das informações e assistência recebidas; das emoções e da satisfação dos pais na adaptação à hospitalização.

Discussão dos Resultados

A análise dos artigos foi organizada por temas, tendo-se estruturado a discussão por capítulos. Iniciando pela adaptação da criança ao contexto de internamento hospitalar, seguido da adaptação relativa aos pais, e por fim intervenções promotoras de adaptação à hospitalização, distinguindo entre as que são dirigidas à criança e aos pais.

Adaptação da criança à hospitalização

No que diz respeito à adaptação da criança ao contexto de internamento hospitalar, Ribeiro *et al* (2016) referem que quando uma criança se confronta com o ambiente hospitalar, para além de ter de lidar com a doença, ela é afastada do ambiente familiar, dos amigos, da escola e dos seus objetos pessoais. Este ambiente requer que a criança interaja com pessoas desconhecidas como enfermeiros e médicos; realize testes e intervenções que podem ser dolorosos ou desconfortáveis e que haja alteração das rotinas diárias e barulho. Motivos estes que podem contribuir para a criança percecionar a hospitalização como experiência traumática ou stressante.

Por sua vez, Gomes *et al* (2013) estudaram as percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança durante a hospitalização. Primeiramente, foi referido que o contexto hospitalar altera a capacidade de adaptação ao hospital e aumenta a sua vulnerabilidade. Nesse contexto, a presença da família ao seu lado passa a ser percebida pela criança como proteção, tornando-se no seu ponto de referência, afeto e fonte de segurança. A hospitalização pode desencadear uma série de manifestações relacionadas com a dimensão emocional, apresentando alteração do humor. A maneira mais comum da criança manifestar o seu desconforto, medo e dor é através do choro. Podem também sentir-se agitadas e nervosas, com dificuldade em dormir. Outra reação comum, percebida pelas famílias, é a quietude, a criança pode ficar mais calada e, aparentemente, sem reação. Esta pesquisa aponta para a necessidade de se humanizar o ambiente hospitalar onde a criança está presente, incorporando a família no cuidado. O modo como a criança enfrenta a hospitalização e a doença depende do seu processo de adaptação, sendo indispensável o cuidado de enfermagem para que esta consiga processar os seus sentimentos, através da disponibilidade afetiva, do fornecimento de informações, das atividades recreativas e da escuta ativa. A presença da equipa de enfermagem também pode auxiliar a criança a vivenciar este período de forma positiva. O apoio ao cuidador é essencial para que este tenha condições de cuidar de si e da criança, interagindo positivamente, construindo relações que tragam benefícios para todos, contribuindo para a adaptação da criança no hospital (Gomes *et al*, 2013).

Na pesquisa realizada, foram analisados artigos específicos para a adaptação de crianças em contexto de doença crónica. No estudo sobre internamento de adolescentes com doença crónica, Costa & Santos (2016) relatam o impacto do internamento no seu quotidiano e apontam as restrições alimentares como interferência na rotina, devido às restrições e novas recomendações alimentares, sendo estas uma das partes mais difíceis do tratamento. Quando os adolescentes encaram a situação nova como um problema a ser solucionado e uma oportunidade para aprender, tornam-se menos vulneráveis. É, por isso, imprescindível que os adolescentes conheçam os seus diagnósticos e participem no tratamento, de forma a lidarem melhor com a doença. A educação em saúde é uma intervenção que promove a adaptação e a

parceria do adolescente com o profissional de saúde, devendo ser estruturada, visto a adesão estar relacionada com a mesma. A interação entre o enfermeiro e o adolescente deve ser pautado pela confiança, segurança, respeito e diálogo.

Adaptação de pais com crianças hospitalizadas

Para Ribeiro *et al* (2016) a hospitalização é, também, um momento *stressante* para a família, e os cuidados de enfermagem devem ser planejados em torno das necessidades da criança e da sua família de forma a minimizar os efeitos negativos da mesma. Os acompanhantes da criança devem ser parceiros ativos de cuidados, visto fornecerem informações importantes que ajudam no cuidado e que devem ser valorizadas pelos enfermeiros devido ao potencial para transformar e enriquecer o mesmo. Os enfermeiros devem no seu cuidado, fornecer informações, esclarecimentos e orientações sobre as condições de saúde da criança para que estes pais saibam o que esperar e do que se espera dela.

Neste sentido, Foster *et al* (2016) refletem sobre as experiências e necessidades dos pais de crianças gravemente feridas durante a fase aguda da hospitalização. Estes autores identificam três temas principais: lidar com a lesão infantil, aceitar a complexidade da lesão e encontrar maneiras de lidar com necessidades da família. Em relação ao primeiro tema, os pais apresentam inúmeras reações incluindo choque (referindo uns sentimentos de tristeza, medo e luto, e outros que mantém as emoções sob controle reconhecendo, que provavelmente sentiriam as emoções mais tarde); lidar com o tratamento do seu filho (a maioria dos pais considera como sua responsabilidade entender o tipo de tratamento recebido pelo seu filho e fazer perguntas ao pessoal sobre o seu progresso), e dificuldades em equilibrar os ambientes hospitalar e doméstico (existindo sempre tensão entre cuidar da criança hospitalizada versus atender às demandas da vida e da família fora do hospital). Em relação ao segundo tema, os autores referem que os pais progressivamente aceitam a lesão durante a hospitalização, através da compreensão sobre o impacto da doença e como irá afetar tanto a criança como a família. Por fim, uma série de fatores pessoais e externos influenciam a forma como os pais procuram apoio e aceitam ajuda. Para alguns pais pode ser difícil aceitar apoio nas necessidades emocionais, concentrando-se exclusivamente nas necessidades dos filhos, outros aceitam

apoio emocional de profissionais de saúde, familiares e amigos na forma de visitas, telefonemas, ou pelas redes sociais, outros recebem apoio prático de vizinhos e amigos. É assim essencial que as necessidades emocionais dos pais sejam reconhecidas e abordadas durante o internamento das crianças. A supressão das emoções é um risco para uma saúde mental prejudicada e aumento dos sintomas de stress. Os autores enfatizam a necessidade de abordar e desmistificar o sentimento de culpa sentido pelos pais, utilizando cuidado centrado na família, planeando os cuidados em redor de toda a família.

Na mesma linha, Hagstrom (2016) enfatiza oito temas relacionados às fontes de *stress* dos pais: separação, incerteza, doença e sofrimento da criança, cuidado e carinho, *stress* emocional, *stress* físico, *stress* financeiro, o trabalho e experiências passadas. A separação é referenciada como a fonte primária de *stress* das famílias de crianças internadas, referindo sentimentos de divisão entre estar em casa ou no hospital e alteração dos papéis parentais (tarefas e responsabilidades). Os pais referem também como fonte de *stress* a própria doença dos filhos e o seu sofrimento. A incerteza é referida em diferentes sentidos, desde não saber se a criança ficará bem, como ficará depois da alta e as consequências futuras da doença. É também referida frequentemente a sensação de montanha russa, alternando entre períodos de desânimo e excitação. Estes pais referem como fatores de alívio de *stress* o ambiente acolhedor (quarto individual, espaço da família no quarto da criança, sítio para os irmãos estarem presentes por períodos durante o internamento), preparação e explicação sobre o estado de saúde e procedimentos realizados, inclusão no plano de cuidados, explicação de como interpretar alarmes e sinais de alarme. Desta forma, durante o cuidado de enfermagem é relevante ponderar as potenciais fontes de *stress* da família, planeando os momentos mais oportunos para a ausência dos pais, proporcionar quando possível visita e preparação da mesma a irmãos. É também importante apoiar o estado psicológico da família, avaliando frequentemente os seus sentimentos, tendo em conta a instabilidade dos mesmos durante o internamento.

Em suma, e com base nos artigos analisados, apresenta-se uma representação esquemática do processo de adaptação da criança e família à adaptação, realçando a importância das intervenções de enfermagem na promoção de adaptação eficaz (Figura 3).

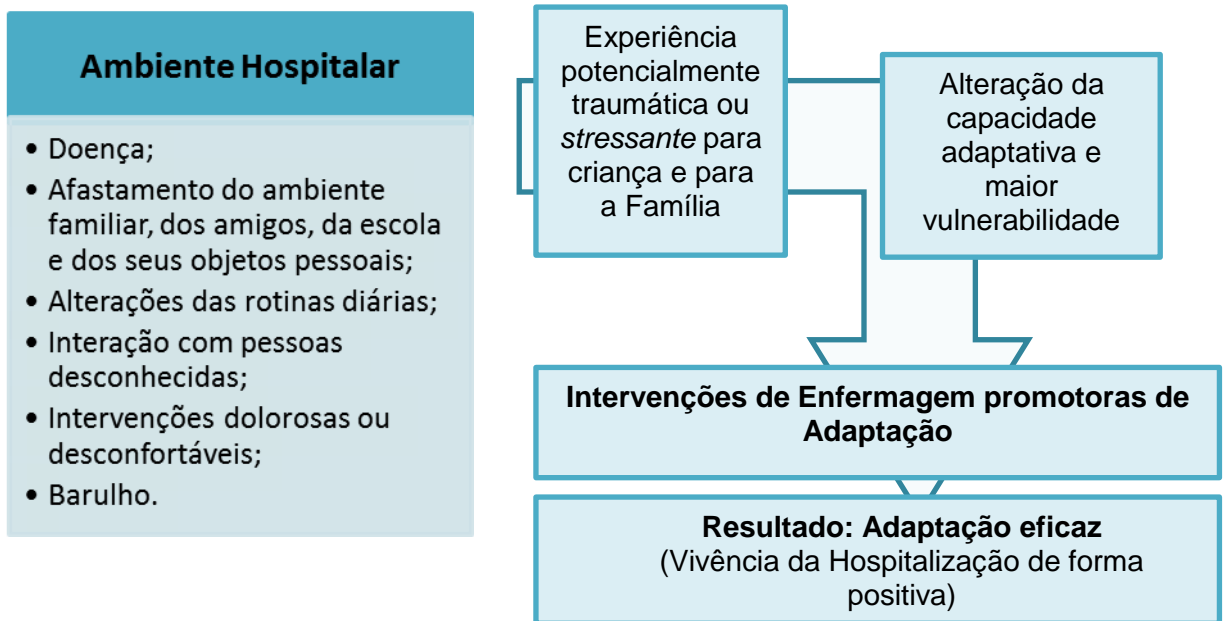


Figura 3 - Processo da Adaptação da Criança e Família à Hospitalização.

Intervenções promotoras de adaptação à hospitalização dirigidas à criança

Voltando esta análise para as intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização, Grahn, Olsson & Mansson (2016) falam no seu estudo sobre a interação enfermeiro e criança referindo três temas principais: características para criar um encontro positivo - que dependem do profissionalismo, conhecimento, experiência do enfermeiro e do papel parental; e da adaptação do enfermeiro às necessidades de cada criança, ajustando o ambiente, por exemplo através de jogos, distraindo a criança ao falar de coisas do seu interesse ou utilizando o humor, e estimulando a participação da criança, para que, esta se sinta importante e não ignorada. Este estudo reforça a ideia de que deve ser dado tempo para a criança se preparar e deve ser dada informação de forma clara e honesta, sobre o que irá sentir, de forma adequada a cada idade, com o objetivo de diminuir medos e promover sensação de segurança. Neste sentido, Ribeiro *et al* (2016) ressaltam a importância da comunicação com a criança, visto que constitui um direito de a criança estar informada sobre o seu estado, devendo a família e os enfermeiros adaptar a informação ao seu nível de maturidade, sendo através da comunicação e do brincar que a criança sente maior controlo da situação. É, então, necessário aumentar as formas de

comunicar com a criança, através de jogos, brincadeiras, leitura, demonstração e explicação de procedimentos.

Relativamente aos mecanismos de enfrentamento, Costa & Santos (2016) referem que os adolescentes destacam o apoio familiar, desenvolvimento de atividades lúdicas (ouvir música, conversar com outros adolescentes e pensar positivamente) e o uso regular da medicação (adesão ao tratamento). Sposito *et al* (2015) no seu estudo analisam estratégias de adaptação utilizadas por crianças com doença oncológica a realizar quimioterapia. As crianças que entenderam como a quimioterapia atua no tratamento do cancro, mencionaram que esse conhecimento as ajudou a enfrentar as adversidades e os efeitos secundários do tratamento. Além das estratégias farmacológicas, as crianças identificaram outras estratégias para ajudá-las, como o envolvimento em atividades lúdicas, rezar, massajar e pensar sobre assuntos distrativos. As crianças conseguem lidar mais facilmente com os tratamentos depois de identificar e realizar ações que ajudam a aliviar os efeitos secundários da quimioterapia e da dor, que tornam o tratamento menos ameaçador e causam menos desconforto. Por outro lado, as crianças reconhecem que comer bem é extremamente importante para a alta hospitalar e para o sucesso do tratamento em geral. Quando comer se torna difícil, as famílias desenvolvem estratégias, como comprar comida ou trazer a sua comida preferida de casa. O entretenimento e atividades lúdicas são estratégias de enfrentamento para lidar com a dor e os efeitos secundários da quimioterapia, como jogar jogos (preferencialmente videojogos e jogos de computador), ler, desenhar e pintar. Para além disso trazer os seus próprios jogos e brinquedos tornava o ambiente hospitalar semelhante ao de casa e os brinquedos disponíveis no hospital ajudaram a minimizar o aborrecimento. Estes referiram também que o acesso à Internet melhorou o contato com as pessoas e com o “mundo” fora do hospital. Foram, para além disso, referidas técnicas como relaxamento, técnicas de distração, bem como acupuntura. Por fim, no que respeita ao manter a esperança de cura e encontrar apoio na religião, as crianças referiram que valia a pena passar pelo processo de quimioterapia por causa da sua esperança num tratamento que as pudesse curar. Manter a esperança de cura apresenta-se como uma importante estratégia para enfrentar as adversidades. Apesar disto uma recaída ou falha do tratamento são vistos como um medo mencionado por estas crianças. As crianças procuram formas de fortalecer a sua esperança visando

minimizar o medo de falha no tratamento. Nesse aspeto, a religião torna-se numa importante fonte de apoio, fortalecedora de esperança. É neste sentido, que a OE (2018) estabelece como competência dos EEESIP a utilização de estratégias promotoras de esperança realista.

No seu estudo Drake *et al* (2012) estudaram a utilização de *kits* de adaptação como intervenção de enfermagem, tendo concluído que estes são eficazes na diminuição da ansiedade dos pacientes, acalmando o comportamento das crianças e aumentando a colaboração durante os procedimentos.

Segundo Moreira *et al* (2016), a terapia com animais pode beneficiar crianças e adolescentes hospitalizados, facilitando a adaptação ao ambiente hospitalar. Esta terapia pode reduzir a dor e a ansiedade, aumentar a socialização e a qualidade de vida. Entre os animais mais populares utilizados pelos enfermeiros, destacam-se os cães. A referida terapia pode também ser usada como intervenção de enfermagem, para ajudar na adaptação da criança a situações *stressantes*, aumentar a mobilidade e a atividade muscular e promover a colaboração da criança durante os procedimentos, considerando que eles tendem a sentir-se mais relaxados e confiantes quando percebem que o ambiente hospitalar também lhes proporciona prazer e diversão.

Costa & Santos (2016) destacam a importância de estratégias como grupos terapêuticos, estes podem cumprir um importante papel, não apenas de escuta, mas no reconhecimento perante outros jovens que enfrentam situações semelhantes. Para além disso, o grupo pode ser um importante espaço para desenvolvimento de estratégias de adaptação. A OE (2018) enfatiza este tema, referindo que o enfermeiro na sua intervenção capacita a criança e a sua família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação.

Em suma, os enfermeiros no apoio à adaptação da criança hospitalizada devem recorrer à utilização de estratégias não farmacológicas eficazes para ajudar crianças a lidar com a dor através de técnicas como o relaxamento e imaginação guiada; audição de música; atividades com videojogos; ver televisão; atividades com brinquedos; e utilização de massagens de conforto (Sposito *et al*, 2015).

Intervenções promotoras de adaptação à hospitalização dirigidas à família

No que diz respeito às intervenções de enfermagem no apoio à adaptação dos pais de crianças hospitalizadas, Douplik *et al* (2017) distinguem três categorias: educação, regulação emocional e apoio social e estrutural. Relativamente à educação, o estudo aponta para ensinamentos sobre capacidades parentais e conhecimento benéfico no cuidado à criança hospitalizada. No que toca à regulação emocional, os autores sublinham que estas se focam no autocuidado emocional, e incluem intervenções como atividades para promover relaxamento ou distração; ensinar estratégias aos pais para lidar com ansiedade e stress, e encorajar a expressão emocional adaptativa. Por fim, o apoio social e estrutural foca-se na identificação de recursos para apoio social e abordar considerações práticas relacionadas à hospitalização de uma criança. Este estudo demonstra que as intervenções de apoio à adaptação são eficazes na diminuição da ansiedade e *stress* dos pais, e conseqüentemente na melhoria da ansiedade das crianças, visto que aumentam a capacidade dos pais para participar no cuidado da criança, para receber informação e para participar na tomada de decisão partilhada.

Nesta linha de pensamento, Lyu *et al* (2016) estudaram a implementação de uma escala de adaptação à hospitalização através da avaliação de enfermagem da eficácia dos mecanismos de *coping* durante a hospitalização da família e da criança com doença oncológica, levando à implementação de intervenções realistas de apoio. Esta escala foi desenvolvida em Kong Wong (China), sobre estratégias de *coping* para adaptação à hospitalização em pediatria, e apesar de não se ter encontrado estudos que demonstrem a sua adaptação à realidade Portuguesa, é abordada devido à sua pertinência para o tema estudado. Este instrumento facilita a identificação eficiente das famílias que estão em maior risco de enfrentar uma adaptação ineficaz durante a hospitalização do filho.

Sumarizando, apresenta-se uma representação esquemática dos resultados analisados, com as intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização dirigidas à criança e à família destacadas pelos artigos analisados na *Scoping Review* (Figura 4).



Figura 4 – Intervenções de Enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização dirigidas à criança e à família.

Conclusão

O mapeamento dos resultados dos artigos analisados permitiu compreender que as intervenções de enfermagem para a promoção de uma adaptação eficaz à hospitalização da criança e da sua família estão em linha com as intervenções levantadas por Johnson *et al* (2006) relativamente ao resultado esperado – adaptação eficaz. As intervenções de Enfermagem mapeadas incidem também sobretudo nos modos adaptativos do MAR fisiológico (diminuição da ansiedade e do medo) e na função de papel, concretamente na promoção do papel parental.

Partindo do princípio do cuidado centrado na família, o enfermeiro planeia os seus cuidados em redor de toda a família, incentivando a participação da família durante a hospitalização. Intervenções de apoio à adaptação têm impacto na diminuição da ansiedade e *stress* dos pais, e conseqüentemente na melhoria da ansiedade das crianças, visto que aumentam a capacidade dos pais para participar no cuidado à criança, para receber informação e capacita para a participação da tomada de decisão partilhada.

Tornou-se clara a necessidade de aumentar as formas de comunicar com a criança, por exemplo através de jogos, brincadeiras, leitura e demonstração e explicação de procedimentos. Outras estratégias de promoção para uma

2) ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do percurso formativo dos Estágios foi elaborado um projeto individual de aprendizagem, partindo da linha de pensamentos orientada pelo tema geral do projeto de mestrado: a adaptação à hospitalização da criança/jovem e da sua família e pelo MAR. Foram delineados os objetivos gerais para o percurso formativo, objetivos específicos e atividades a desenvolver em cada contexto da prática.

Este projeto foi guiado pela metodologia de projeto, sendo que esta tem como objetivo primordial a resolução de problemas, envolvendo procedimentos, que permitem prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão realizar, tendo como base a investigação (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Os objetivos gerais e transversais foram definidos de modo a desenvolver competências tendo por base as Competências Específicas do EEESIP, definidas pela OE (2018), sendo eles: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, no cuidado a crianças e família em situações de especial complexidade e promover a adaptação à hospitalização da criança/jovem e família durante a prestação de cuidados de enfermagem.

O planeamento de atividades e a sua elaboração foram realizados à luz do processo de enfermagem preconizado no MAR: Avaliação do comportamento e do estímulo, Diagnóstico da Enfermagem, Estabelecimento do objetivo, Intervenção e Avaliação (Roy & Andrews, 2001).

Este capítulo pretende ser uma sùmula reflexiva do percurso realizado ao longo de quatro estágios, abordando os objetivos específicos, atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo dos mesmos.

2.1) Cuidados de Saúde Primários

Este estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de Lisboa de 30/04/2018 a 16/06/2018. Esta é parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte, que por sua vez, está inserido na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A USF abrange a população que reside em duas freguesias de Lisboa. A população alvo do Programa Saúde Infantil e Juvenil são os utentes inscritos na USF com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos: 2790 em dezembro 2016. Esta USF tem como objetivos gerais melhorar a qualidade assistencial às crianças e adolescentes e garantir o cumprimento do esquema de vigilância preconizado pela Direção-Geral de Saúde (DGS) (USF ██████████, 2016). O modelo de trabalho seguido é a do enfermeiro de família, onde cada enfermeiro, em sincronia com um médico de família, acompanha as famílias ao longo do ciclo vital, cuidando a família como unidade de cuidados e prestando cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014).

A experiência de ensino clínico em contexto de cuidados de saúde primários (CSP) permitiu promover uma visão integrativa destes cuidados e dos hospitalares, visto a autora prestar cuidados diariamente no Centro Hospitalar de referência, tendo desta forma, a oportunidade de conhecer os cuidados prestados num contexto de promoção de saúde e prevenção da doença, *“aumentando conhecimentos sobre os fatores protetores, de risco, assim como sobre os determinantes biológicos, comportamentais, sociais”* (DGS, 2015, p. 19) na Saúde Infantil e Juvenil.

Tendo em conta o carácter do estágio e o curto período para definir, planear e implementar atividades, o método utilizado para a elaboração do diagnóstico de situação foi a entrevista à enfermeira orientadora, visto ser EEESIP, tendo um conhecimento vasto das necessidades da população-alvo, da instituição de saúde, coordenando com o objetivo geral.

Atendendo ao diagnóstico de situação, foram delineados os seguintes objetivos específicos.

1) Colaborar na prestação de cuidados à criança e família nas Consultas de Enfermagem em Saúde Infantil, Núcleo de Apoio à criança e jovem em risco e vacinação.

Ao longo do estágio realizado nesta USF foi possível colaborar na prestação de cuidados, nas consultas de saúde infantil, acompanhando encontros com crianças/jovens dos 0 aos 18 anos, ao longo das diferentes “*etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade*” Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013, p. 5). Foi notória, que a incidência das faixas etárias que cumpre as consultas preconizadas pelo PNSIJ, são desde os recém-nascidos até à idade escolar notando-se um decréscimo acentuado na faixa dos adolescentes. Torna-se, nesta medida, importante refletir sobre intervenções de enfermagem que tornem estas consultas úteis e benéficas para os mesmos.

Noutra perspetiva, foram acompanhadas inúmeras crianças em diferentes estádios de desenvolvimento. Dado ao carácter regular destas consultas, foi possível ter mais do que um contacto com as mesmas famílias, principalmente, com famílias de recém-nascido (RN), na medida, em que estas acabam por recorrer ao centro de saúde semanalmente numa fase inicial. Foram abordados diversos temas durante estas consultas, variando consoante o plano individualizado de cada família e a fase do desenvolvimento da criança. Foram explorados temas como a alimentação, tanto a diversificação como a promoção de uma alimentação saudável; promoção de hábitos de higiene, como lavagem dos dentes; os hábitos de sono; a prevenção de acidentes; promoção da vinculação entre pais e RN e da autoestima de crianças; padrões de comportamento, como a aprendizagem de regras e de rotinas; promover hábitos de leitura e racionar hábitos de televisão/videojogos; promoção de uma sexualidade saudável e prevenir comportamentos de risco, como consumo de álcool, drogas e tabaco e violência como *bullying*. Neste sentido, foram desenvolvidas as competências de “*procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde*”, “*avalia conhecimentos e comportamentos (...) relativos à saúde*” e “*facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família*” (OE, 2018, p.3).

Em consultas coincidentes com idades chaves, foram realizadas avaliações do desenvolvimento, tendo, neste contexto, sido utilizada a escala de Mary Sheridan modificada (DGS, 2013). Neste sentido, foi desenvolvida a competência: avalia e demonstra conhecimentos sobre *“crescimento e desenvolvimento da criança e jovem”* (OE, 2018, p.5), na medida, em que foram avaliadas diversas crianças em diferentes fases, tendo existido a oportunidade de compreender as características únicas e as competências esperadas em cada etapa do desenvolvimento infantil, bem como a de detetar sinais de alarme. Ao longo do estágio foram detetados alguns atrasos gerais do desenvolvimento, que se tornaram focos de atuação futura no plano individual e multidisciplinar de cada criança, tendo, por vezes, necessidade de encaminhamento para consultas de especialidade, como terapia da fala.

Neste contexto, foi também possível desenvolver competências na área da Gestão, na medida, em que a enfermeira orientadora era também a enfermeira coordenadora da unidade. Foi, assim, possível assistir a reuniões semanais de equipa multidisciplinar, elaboração dos horários da equipa e também estar presente durante resolução de conflitos entre elementos da equipa. Tendo em conta estas atividades, foi possível desenvolver competências como *“reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade”* e *“utiliza técnicas de resolução de conflitos.”* (OE, 2010, p. 9)

Relativamente ao planeamento de ações para promover a adesão da população ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), decorreu do facto de se ter reunido informação sobre as crianças utentes da USF com vacinas do PNV em atraso, tendo-se demonstrado a importância da atuação nesta área, na medida em que, segundo o PNSIJ é crucial o incentivo ao cumprimento do PNV. Para que este programa mantenha o seu sucesso, é necessário que se continue a trabalhar no sentido de manter as taxas de cobertura vacinal em todas as vacinas abrangidas pelo mesmo (DGS, 2015).

Foram, também, neste sentido, realizados contactos telefónicos e enviadas cartas, para além de terem sido aproveitados todos os contactos com utentes para a atualização do PNV. Do resultado dos contactos telefónicos foi possível realizar 7 atualizações de vacinas em atraso e 5 atualizações do sistema (vacinas administradas em sistemas de saúde, que não fazem validação das mesmas no sistema informático nacional). Com este objetivo foi possível consolidar a

competência de EEESIP, que dá enfoque à aquisição de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018).

Foi simultaneamente possível participar na consulta médica de saúde infantil, na continuidade da consulta de enfermagem, de modo a compreender como as duas se podem complementar. As duas pretendem aumentar os resultados em saúde, promovendo a saúde e prevenindo a doença através de cuidados antecipatórios. Foi acompanhada nas duas consultas, uma família de nacionalidade Cabo Verdiana, com dificuldade na compreensão da língua Portuguesa. Esta experiência foi muito interessante na medida em que foram realizados esforços para transmitir informação importante sobre a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, em particular sobre a diversificação alimentar e prevenção de acidentes. Esta experiência demonstrou a importância do desenvolvimento de técnicas de comunicação, de forma a transmitir eficazmente informação, no sentido de *“Comunicar com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”* (OE, 2018, p. 3).

A importância desta colaboração é reforçada no PNSIJ que refere o *“trabalho de equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares”* e *“articulação efectiva que contribua para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens”* (DGS, 2013, p.7).

Foi sentida a necessidade de elaborar um novo objetivo no decorrer do estágio, pois apesar de a USF não estar integrada numa unidade de Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, foi possível o envolvimento numa reunião multidisciplinar – enfermeiro, psicólogo e médico, sobre um caso reportado pela escola de negligência e violência doméstica no seio familiar de uma criança. Segundo a DGS (2007, p. 7):

“Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas,

afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte.”

A maior dificuldade sentida nesta situação foi a sensação de impotência, visto o motivo da reunião ter sido decidir quem iria reportar esta situação ao Núcleo. A escola, entidade que identificou o risco, recusava-se a reportar a situação, referenciando para os cuidados de saúde primários. O psicólogo, que seguia a criança em consulta, temia quebrar a confiança necessária para a relação terapêutica, e a enfermeira e médica, teriam que chamar a criança e família para abordar este assunto, e realizar a possível referenciação. Desta situação foi retirado que ainda existe um grande desconhecimento sobre este tema e sobre a referenciação destas crianças. A médica presente pretendia referenciar a família, sem realizar qualquer contacto com os mesmos, sem pedido de consentimento prévio. Face ao exposto é necessário formar os profissionais que contactam com estas crianças de modo a protegê-las e ajudar as famílias. Nesta perspetiva, foi possível desenvolver competências “(...) *assiste a criança/jovem em situação de abuso, negligência e maus-tratos*” (OE, 2018, p.3).

2) Prestar cuidados de enfermagem antecipatórios que promovam a adaptação à doença e à hospitalização da criança/jovem e família.

A doença e a hospitalização podem ser o primeiro impacto e crise enfrentada por uma criança (Gonçalves *et al*, 2017). É, nesta medida, necessário que as crianças e a sua família sejam esclarecidas sobre a realização dos procedimentos e preparadas para conviver com o processo de adoecimento e, assim, minimizar os potenciais efeitos negativos, tanto da doença como da possível hospitalização (Costa & Moraes, 2017).

Os contactos da criança e da família com os enfermeiros dos cuidados de Saúde Primários são momentos ideais para se iniciar a preparação de uma eventual doença e hospitalização, ideia reforçada no PNSIJ (DGS, 2013, p. 5) que define como linha-mestra a

“Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que

respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde”

Segundo a DGS (2017) a febre é o motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica, representando, pelo menos, 20% das causas de recurso aos serviços às urgências hospitalares e cerca de 50% das urgências realizadas em consultórios pediátricos. Por outro lado, cerca de uma em cada 20 crianças (5 %) têm convulsões acompanhadas de febre (Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, 2017).

Em relação à Hospitalização, este é um período de elevado *stress* e ansiedade, para a criança (Diogo *et al*, 2016), sendo o principal estímulo a própria doença, a mudança de ambiente e rotinas, e separação dos demais familiares (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009). Porém, para Pereira *et al*, (2010) esta pode ser uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento, na qual podem aprender um conjunto de estratégias de confronto do medo, da ansiedade e da dor, aumentando a sua perceção de si como ser competente e capaz.

A primeira atividade desenvolvida dentro deste objetivo foi a realização de folheto informativo dirigido aos pais, sobre febre, convulsões febris e promoção de adaptação à hospitalização (Apêndice V). Compreendeu-se durante este estágio que as consultas de saúde infantil são momentos ideais para se iniciar a preparação para uma eventual doença e hospitalização. No decorrer das consultas, e quando foi oportuno, foram abordados os cuidados antecipatórios no controlo da febre, a possibilidade de ocorrência de convulsões febris, e a possibilidade aquando de uma possível ida ao hospital poder existir a necessidade de internamento. Esta temática foi abordada, de modo a diminuir a ansiedade de uma possível hospitalização, visto que para Diogo *et al* (2016) a preparação da hospitalização deve ser realizada o mais precocemente possível, visto o momento em que ocorre estar envolvido em especial ansiedade e vulnerabilidade. Segundo Gomes *et al* (2013) o modo como a criança e a sua família enfrentam a hospitalização e a doença depende do seu processo de adaptação, sendo desta forma claro que o cuidado de enfermagem é fulcral para que estes consigam processar os seus sentimentos, por exemplo, através da disponibilidade afetiva, do fornecimento de informações, das atividades recreativas e da escuta ativa. A família deve ser vista, no cuidado de enfermagem

como unidade de cuidado, um sistema adaptativo em interação com o ambiente e sujeito a estímulos (Hanna & Roy, 2001). Para Roy & Andrews (2001) o sistema tem capacidade para se ajustar às mudanças no meio ambiente, e por sua vez, afetar o mesmo. Para Roy, a Enfermagem tem o objetivo de promover a saúde dos indivíduos, ou seja, a promoção da adaptação, nos quatro modos, salientando que cabe ao enfermeiro promover a adaptação em situações de saúde ou doença de forma a aumentar a interação da pessoa com o ambiente, e através disto promover a saúde (Roy & Andrews, 2001).

Esta informação e o folheto foram recebidos no início com alguma relutância, porém quando explicados e realçados os motivos da sua importância foram bem-recebidos e compreendidos. Aquando da realização de perguntas feedback, os pais demonstraram conhecimentos sobre o assunto abordado, tendo numa situação sido referido, que a consulta do folheto evitou a sua ida à urgência hospitalar. Desta forma, julga-se ter cumprido o objetivo proposto na medida em que a Ordem dos Enfermeiros (2018, p.5) enfatiza a importância dos cuidados antecipatórios da ação do enfermeiro especialista ao dizer “*Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.*”

Relativamente a esta temática, foi realizada uma sessão formativa com o título “*Os cuidados antecipatórios na promoção da adaptação à doença e hospitalização*” (Apêndice VI) dirigida à equipa de enfermagem que segundo os resultados obtidos pelos questionários de avaliação de sessão, demonstraram que tanto o tema tratado na sessão de formação foi relevante, como que os conteúdos abordados são pertinentes para a sua prática de cuidados, visto que ambas as perguntas obtiveram 100% de respostas 5 (Respostas de 0-5). Esta sessão de divulgação permitiu desenvolver competências como “*Identificar lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes de investigação*” e “*atuar como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais*” (OE, 2010, p 10). Foi também deixada no serviço a literatura de apoio à realização do folheto e da sessão de formação.

Foram abordados também os cuidados antecipatórios relativos à alimentação nos primeiros anos de vida da criança. O PNSIJ dá ênfase a este assunto numa linha mestra “*Calendarização das consultas para idades-chave,*

correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como (...) a alimentação” (DGS, 2013, p.7).

Foi neste contexto realizado um folheto informativo dirigido aos pais sobre alimentação no primeiro ano de vida (Apêndice VII), tendo sido dado relevo aos benefícios de alimentos preparados em casa (Ex. Fruta cozida). Este foi muito bem-recebido pelos pais, visto sistematizar a informação falada durante a consulta, sendo que alguns pais referiram consultar em casa, principalmente para confirmar a idade apropriada para introdução de alguns alimentos. Neste sentido, esta foi uma oportunidade essencial para desenvolver a competência de EEESIP *“Utiliza estratégias motivadoras para a assumpção dos papéis de saúde da criança e família.”* (OE, 2018, p. 3). De forma, a demonstrar a utilização deste folheto, salienta-se uma consulta realizada a uma família de etnia cigana, cuja maior dificuldade sentida foi na comunicação sobre a alimentação, visto realizarem excessos alimentares no lactente de 4 meses, inclusive colocar papa nos biberões. Foi neste encontro compreendido que as intervenções para alterações de hábitos alimentares não seriam imediatas, mas sim através da fomentação de uma relação terapêutica e demonstrações de que o latente estaria dentro dos percentis normais de crescimento, visto a preocupação materna, neste caso, ser sobre a possibilidade da criança não estar a ganhar peso suficiente. No planeamento das consultas desta família, tornou-se um assunto central a diversificação alimentar saudável, visto a criança já ser alimentada regularmente com bolões de fruta.

2.2) Serviço de Urgência Pediátrica

Este estágio decorreu em contexto de trabalho, no Serviço de Urgência de Pediatria (SUPed) de um Hospital de Lisboa, de 03/09/2018 a 05/10/2018, e teve como linha orientadora desenvolver competências como EEESIP, na assistência à criança/jovem na maximização da sua doença e cuidados a criança/jovem e família em situações de especial complexidade (OE, 2018).

O SUPed tem como objetivo a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos emergentes ou urgentes às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, em parceria com a família, com envolvimento das crianças e pais, respeitando os

princípios designados na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998). Este funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana.

O serviço é organizado por duas salas de espera, sala de triagem, quatro gabinetes de observação, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de vigilância e Serviço de Observação Pediátrica (SOPed). No SOPed são admitidas crianças e adolescentes que necessitem de permanecer em observação.

Tendo este estágio decorrido em contexto de trabalho, teve como maior impacto para a autora a possibilidade de refletir, à luz das aprendizagens realizadas no curso de mestrado, a prática diária de cuidados. Foi motivador poder desenvolver intervenções, sentidas como essenciais para a melhoria dos cuidados de enfermagem às crianças e às famílias, podendo usufruir das mesmas diariamente. Neste sentido, a competência principal desenvolvida foi a “*atua como dinamizador e gestor de incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde*” (OE, 2010, p. 10).

Nesta perspetiva, a elaboração do diagnóstico de situação decorreu da experiência da autora sobre o serviço e das necessidades da população-alvo, combinando com uma discussão com a enfermeira orientadora e coordenando simultaneamente com o objetivo geral orientador do percurso.

As intervenções de promoção da adaptação têm impacto na diminuição da ansiedade e *stress* dos pais, e conseqüentemente na melhoria da ansiedade das crianças, visto aumentarem a capacidade dos pais para participar no cuidado à criança, para receber informação e capacitar para a participação da tomada de decisão partilhada (Doupnik *et al*, 2017).

Nesta medida, e no decorrer da discussão com a enfermeira orientadora, sobre as atividades a desenvolver neste contexto, foi considerado relevante abordar os cuidados antecipatórios (choro em lactente/cólicas), o acolhimento ao serviço de internamento da criança e família e estratégias comunicacionais entre enfermeiro e criança/família na promoção da adaptação à hospitalização. Nesta medida, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1) Promover a adaptação à doença e à hospitalização da criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica.

Como referido anteriormente a hospitalização infantil é um evento que desencadeia preocupação e ansiedade na criança e na sua família (Costa & Morais, 2017). Entende-se a importância dos cuidados antecipatórios e da preparação para a hospitalização, na medida em que, as dificuldades que as crianças enfrentam devem se essencialmente ao medo do desconhecido (Magnabosco, Tonelli & Souza, 2008). O modo como a criança e a sua família enfrentam a hospitalização e a doença depende do seu processo de adaptação, sendo desta forma claro que o cuidado de enfermagem é fulcral para que estes consigam processar os seus sentimentos (Gomes *et al*, 2013). Segundo Magnabosco, Tonelli & Souza (2008) para que os traumas decorrentes da hospitalização infantil sejam amenizados e o cuidado humanizado garantido, é necessário que os profissionais de saúde compreendam as etapas de crescimento e desenvolvimento, estas devem ser consideradas ao comunicar informações à criança e as suas opiniões devem ser tidas em conta na tomada de decisão sobre o seu cuidado. Isto permite aumentar o conhecimento da criança sobre os procedimentos e cuidados realizados, diminuindo conseqüentemente o medo do desconhecido. Torna-se clara a necessidade da compreensão do impacto negativo na vida da criança das experiências de doença e hospitalização e das estratégias que tornam o ambiente hospitalar promotor de bem-estar, facilitando a adaptação da criança e da sua família e, conseqüentemente, que a experiência de hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento (Pereira *et al*, 2010).

Decidiu-se abordar os cuidados antecipatórios relacionados com o choro persistente/cólica, visto o choro excessivo constituir um dos motivos mais frequentes de recurso aos cuidados de saúde, nos primeiros meses de vida, atingindo entre 9% a 26% dos lactentes com idade inferior a quatro meses (Branco *et al*, 2002). Optou-se pela realização de um Folheto informativo dirigido aos pais acerca do choro persistente e cólicas do RN (Apêndice VIII) com a potencialidade de ser integrado em momentos de educação e promoção da saúde em forma de cuidados antecipatórios.

A utilização deste folheto demonstrou-se bastante útil na complementaridade dos ensinamentos realizados a pais de RN, visto ser comum, estes encontrarem-se bastante ansiosos com o choro persistente do seu bebê. Foi referido pelos pais que as informações complementares como a promoção de um ambiente calmo e o contato com pele com pele, para além da massagem abdominal, foram essenciais para lidar com esta situação. Nesta atividade foi possível promover a vinculação, competência destacada pela OE (2018, p. 3) “*Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família*” mas também intervir enquanto gestor emocional, na medida em que no final destes momentos, os pais demonstram encontrar-se menos ansiosos e mais preparados para lidar com o choro/cólicas dos seus RN.

No contexto de doença e hospitalização, a criança e a família recebem estímulos, em que o principal estímulo é a própria doença. Existem, porém, outros estímulos como a mudança de ambiente e rotinas de vida, separação dos demais familiares. O conhecimento que se tem da doença, o apoio que criança e os seus acompanhantes recebem, entre outros, vão acentuar ou atenuar os efeitos destes estímulos, tanto na criança como nos familiares que a acompanham. Existem ainda estímulos não se relacionam diretamente com a vivência atual da doença e hospitalização, mas têm influência sobre a mesma, como experiências anteriores com hospitalização, doença na família, entre outros (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009). Para Roy & Andrews (2001) a criança e a família são vistas como sistema holístico adaptável, sendo o ponto central dos cuidados de enfermagem. O cuidado de enfermagem sustentado pelo referencial do MAR permite uma ação de forma mais individualizada, organizada e integrando as necessidades individuais da criança e da sua família, tendo em conta o seu contexto e as circunstâncias de vida familiar no momento da hospitalização (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009). A família é nesta perspetiva, tida em conta enquanto unidade de cuidado, sendo vista, como a chave para alcançar a adaptação integrada em nome da criança/jovem e, em última instância, da própria família (Hanna & Roy, 2001).

Neste sentido, Tremarin, Gawleta & Rocha (2009) afirmam que o objetivo dos cuidados de enfermagem à criança e à família durante a hospitalização deve ser promover a adaptação e apoiá-los a lidar com problemas de adaptação gerados. As ações dos enfermeiros devem visar controlar os estímulos no ambiente, e

preparar antecipadamente mudanças através do fortalecimento de mecanismos de enfrentamento. A preparação da hospitalização é essencial para diminuir os sentimentos de medo e ansiedade. Assim, Johnson *et al* (2006) sugere como intervenção de enfermagem para a promoção de uma adaptação à hospitalização os cuidados na admissão/ acolhimento ao internamento da criança/jovem e família. Esta intervenção na gestão emocional deverá partir dos enfermeiros, começando desde o momento da admissão no Serviço de Urgência (Diogo *et al.*, 2016). É, assim, necessário preparar as crianças e os pais, explicando as regras e condições do serviço, de forma adequada ao estado de desenvolvimento da criança e disponibilidade psicológica dos pais.

Neste sentido, foi desenvolvido um Guia de Acolhimento à Criança com necessidade de Internamento e aos seus Pais/Acompanhantes (Apêndice IX). Este tema surgiu da necessidade que a autora sentiu, durante a sua prática profissional, na conciliação do ritmo de trabalho rápido, da urgência de pediatria, contrapondo com a necessidade demonstrada pelos pais/família de crianças internadas, por intervenções que promovessem uma adaptação eficaz à hospitalização. Esta necessidade foi demonstrada por verbalização de sentimentos de medo, insegurança, incerteza pelo futuro e pelas condições/regras inerentes ao próprio internamento.

Pretendeu-se que este guia não fosse apenas uma enumeração de regras, mas principalmente, um veículo para demonstrar disponibilidade dos profissionais de enfermagem, para abordar sentimentos de ansiedade, incerteza e preocupações. Este momento deve ser, por isso, planeado, para que ocorra num local o mais tranquilo e privado possível. Sendo o momento da entrega do guia, uma intervenção de enfermagem premeditada, de pausa do ritmo acelerado de trabalho, dedicado unicamente àquela criança e aos seus pais, para informar, mas principalmente tranquilizar e transmitir estratégias para melhoria da adaptação à hospitalização. Pretende-se, deste modo, diminuir a ansiedade relacionada com a mesma, e promover a adaptação parental ao papel de pais/família de criança hospitalizada.

Como súmula desta intervenção foi realizada uma análise reflexiva (Apêndice X) sobre um momento de acolhimento a uma criança e aos seus pais ao internamento em SOPed, na concretização do 6º passo do plano de cuidados no MAR: avaliação (Roy & Andrews, 2001). Nesta medida, foi possível concluir

que sumariamente os pais concordaram que a implementação do guia de acolhimento tinha sido importante, pois demonstrava que a sua ansiedade e medos eram compreendidos pelos profissionais e deixava claro que tinham espaço e disponibilidade para abordá-los sobre os mesmos. Para além disso, estes referiram que no momento do acolhimento podiam não ter capacidade de processar toda a informação dada e o fato de se encontrar escrito era facilitador para a experiência. A entrega destes guias revelou-se uma estratégia útil para os enfermeiros da urgência pediátrica, tendo sido bem recebido, e utilizado, de forma a estruturar o encontro programado de cuidado à admissão. Este foi também, usado por outros profissionais de saúde, como a equipa médica.

Em suma, a utilização desta estratégia na intervenção de enfermagem de cuidado na admissão, permitiu programar um encontro entre enfermeiro, criança/família, mais estruturado que o que acontecia até ao momento, num ambiente tranquilo, de demonstração de disponibilidade e escuta ativa. Este tem como objetivo esclarecer, desmistificar ideias, apoiar a criança e a família, dando-lhes estratégias para superar este momento de crise de forma positiva, tendo como base o MAR através do desenvolvimento de intervenções promotoras de adaptação do sistema familiar, preparando-o para enfrentar os estímulos decorrentes deste processo (Roy & Andrews, 2001).

Deixa-se como sugestão, que seria importante existir um espaço apropriado para reunir e um rácio de enfermeiros que permitisse despender tempo suficiente para tornar esta intervenção de gestão emocional mais eficaz.

Esta intervenção de enfermagem permitiu o desenvolvimento de competências como: *“capacita a criança e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação”* e *“aplica conhecimento sobre saúde e bem-estar físico, psicosocial e espiritual da criança/jovem”* (OE, 2018, p. 4). Para além disso, esta intervenção tem o objetivo de promover a adaptação ao papel parental na adaptação à hospitalização, permitindo o desenvolvimento da competência *“avalia o desenvolvimento da parentalidade”* (OE, 2018, p. 5). E em suma, foram concretizadas *“actividades que visem minimizar o impacto dos factores stressores relacionados com a experiência da hospitalização (...)”* (OE, 2011a, p. 6).

2) Promover uma comunicação eficaz nos cuidados de enfermagem com criança com dificuldade de linguagem e comunicação.

Segundo a OE (2018) o exercício do EEESIP é centrado na filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, nesta perspetiva, compreende-se que os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de estratégias para a promoção de uma comunicação efetiva entre a equipa de enfermagem e a criança. Segundo Vaz (2013), crianças que sentem dificuldade na comunicação tendem a experienciar altos níveis de ansiedade, especialmente em ambientes desconhecidos. Desta forma, surge a relevância da utilização de estratégias de comunicação aumentativa, que segundo Sousa (2012) se utilizam quando a comunicação de um indivíduo não é suficiente para se fazer compreender, através de sistemas constituídos por símbolos ou conjuntos de símbolos. Estes símbolos têm o potencial para serem usados por todas as crianças com dificuldades de linguagem e comunicação e por aqueles que não falam o idioma local.

Foi neste sentido, elaborada uma tabela de comunicação aumentativa em português e em inglês e um documento guia de justificação da intervenção (Apêndice XI), enquadrando a utilização do mesmo. A utilização da tabela de comunicação aumentativa permitiu que os enfermeiros acedessem a um sistema de comunicação funcional, facilitador no processo de comunicação entre profissionais de saúde e a criança internada, melhorando a adaptação da criança à hospitalização e reduzindo a ansiedade e frustração, proporcionando-lhe bem-estar.

No sentido de avaliar esta intervenção de enfermagem, foi pedido à equipa que respondesse a um questionário sobre a importância que estes atribuíram à implementação da estratégia de comunicação eficaz: Tabela de comunicação aumentativa/alternativa (Apêndice XII). Foi realizada uma análise às respostas ao questionário, tendo sido possível através desta compreender que a intervenção foi bem aceite pelos profissionais, sendo que à pergunta “*O tema da Comunicação Aumentativa/Alternativa é relevante para os cuidados prestados na Urgência de Pediatria?*” 100% das respostas foram positivas, e à pergunta “*Esta estratégia será pertinente para a sua prática de cuidados?*” 93% das respostas foram

também positivas. Foram deixados como comentários/sugestões “*considero a tabela bastante relevante principalmente com vista à melhoria dos cuidados humanizados e personalizados mesmo quando a comunicação verbal está diminuída*” e “*possibilidade de existir um instrumento igual ao apresentado, mas noutros idiomas*”. Em relação ao último comentário, este foi tido em conta, já tendo sido desenvolvido no serviço uma tabela em francês e espanhol.

Neste sentido, esta intervenção foi muito positiva, pois possibilitou o desenvolvimento de uma competência central no cuidado de enfermagem à criança e sua família realçada pela OE (2018, p. 3) “*comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento*”.

2.3) Unidade de Cuidados Neonatais

Este terceiro estágio foi realizado num contexto de Unidade de Cuidados Neonatais (UCN) de um Hospital de Lisboa, de 08/10/2018 a 09/11/2018. A Unidade de Neonatologia está integrada no Departamento de Pediatria e é a subespecialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento das doenças dos recém-nascidos e aos cuidados necessários com os prematuros. A Unidade é composta por 5 incubadoras equipadas para cuidados intensivos, 7 incubadoras equipadas para cuidados intermédios, uma sala de isolamento, com capacidade para um RN em cuidados intensivos ou em cuidados intermédios e uma sala de amamentação.

A elaboração do diagnóstico de situação foi suportada por uma discussão com a enfermeira orientadora, coordenando com o projeto global de mestrado e apoiado por um questionário à equipa de enfermagem sobre a pertinência e utilidade do tema na prática de cuidados de enfermagem na unidade de Neonatologia (Apêndice XIII). Através da análise deste questionário é possível inferir que os enfermeiros desta unidade consideravam que o tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na unidade de Neonatologia, visto terem respondido 80% das vezes com “*Concordo totalmente*” e 20% das vezes com “*Concordo*”. Também à pergunta “*a promoção da esperança é uma forma importante de promover a adaptação dos pais de crianças internadas na unidade?*” foram dadas 100% das respostas entre o

“Concordo” e o “Concordo Totalmente”. Nesta medida, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Colaborar na prestação de cuidados ao recém-nascido/família internados na Unidade de Neonatologia.

Em paralelo com as atividades desenvolvidas, foi durante este estágio, possível colaborar na prestação de cuidados às crianças e pais internados nesta unidade. Estas são famílias a vivenciar um momento de especial complexidade, na medida, em que, carecerem de cuidados extremamente especializados, e, na maior parte, os pais não apresentam competências para os prestar sem ajuda. Este foi um desafio, que se concretizou numa experiência muito positiva, tanto pessoal como profissional. Na verdade, a UCN é um contexto de cuidados muito díspar comparando com a prática diária da autora, com competências muito específicas, tanto técnicas como emocionais, numa área privilegiada da pediatria. No que toca ao trabalho emocional que o próprio EEESIP deve desenvolver, este foi um campo de estágio muito rico, primeiramente, na medida em que estes pequenos seres humanos têm em si uma força, quase inacreditável, superando obstáculos de forma exemplar, sendo eles próprios uma fonte de esperança, não só para a sua família, mas também para os profissionais de saúde. Para além disso, também a partilha com os pais destes RN, promoveu uma reflexão pessoal, sobre o processo de procura de esperança e motivação em momentos tão complexos como estes.

Apesar de cuidar diariamente de RN, os cuidados de enfermagem prestados a estes RN em particular, com necessidade de cuidados especiais, foram muito enriquecedores no ponto de vista da aprendizagem enquanto EEESIP, por todas as suas características. Estes foram desenvolvidos, tanto através da partilha com a enfermeira orientadora, como através da partilha de conhecimento com os pais, promovendo o seu envolvimento diário nos cuidados ao RN, promovendo consequentemente a sua parentalidade, confiança e autoestima. Observou-se que à medida que assumem gradualmente os cuidados, os pais começam a ganhar as crianças como suas, moldando a sua própria parentalidade, perdendo o medo à criança “frágil” e vinculando-se à criança lutadora. Desta forma, foi desenvolvida a capacidade de negociar “o envolvimento dos pais na prestação de

cuidados ao RN”, promover “*a vinculação*”, promover e avaliar “*o desenvolvimento da parentalidade*” (OE, 2018, p. 5), estabelecer uma “*parceria com vista ao envolvimento (...) nos cuidados, capacitação e negociação*” (OE, 2011a, p.6) em suma, contribuir “*para a promoção das competências parentais*” (OE, 2011a, p.9).

2) Promover a esperança enquanto fator preditor da adaptação dos pais à hospitalização, em contexto de Unidade de Cuidados Neonatais.

Em relação à hospitalização numa unidade de Neonatologia, Abuidhail, Al-Motlaq & Salameh (2016) dizem que o nascimento de um bebé saudável é um evento emocionante para os pais. No entanto, o nascimento inesperado de um bebé doente ou prematuro substitui emoções de excitação por ansiedade e *stress*. Para estes autores a hospitalização de um RN numa unidade de neonatologia é um evento especialmente *stressante* para os pais, sendo que estes podem experienciar sentimentos de choque, preocupação e ansiedade. Os principais estímulos associados a ter um prematuro admitido numa unidade de Neonatologia incluem o tamanho da criança e a sua aparência, dispositivos circundantes, os tratamentos, alteração no papel parental, na separação por um longo período e na adaptação ao ambiente da Unidade. Este ambiente é tipicamente *stressante*, barulhento, estranho e assustador para os pais por causa da atmosfera predominante de sofrimento. A hospitalização influencia toda a família, o seu estilo de vida e as suas atividades quotidianas, como dificuldade em trabalhar, realizar tarefas em casa, sentindo-se muitas vezes, divididas entre estar em casa ou no hospital. As respostas mais comuns à alteração do papel parental são a incapacidade de proteger o bebé da dor, incapacidade de fornecer tratamento adequado à dor, ansiedade, perda de controlo, medo, incerteza e preocupações com o futuro da criança. Estes pais referem ainda que o apoio da equipa de saúde em geral e dos enfermeiros é crucial para atender às expectativas e necessidades dos pais, sendo que estes reconhecem o papel dos enfermeiros no apoio emocional, psicológico e espiritual fornecido (Abuidhail, Al-Motlaq & Salameh, 2016).

Neste sentido, é importante reconhecer os estímulos sentidos por estas famílias durante o processo de hospitalização, compreender o seu nível individual de adaptação (capacidade de responder a uma situação), analisar a resposta

dada por estas, avaliando se estas respostas são adaptativas ou ineficazes (Roy & Andrews, 2001). Face aos inúmeros estímulos destacados, o papel fundamental do enfermeiro que, recorre ao Modelo de Adaptação de Roy no cuidado aos pais de RN internados em UCIN, foca-se no desenvolvimento de intervenções que auxiliem a sua adaptação (Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009).

Sposito *et al* (2015) realçam a importância da implementação de estratégias promotoras de esperança na adaptação à hospitalização, visto que manter a esperança apresenta-se como uma importante estratégia para enfrentar as adversidades, minimizar o medo e a ansiedade. Para Abuidhail, Al-Motlaq & Salameh (2016) os sentimentos de esperança estão associados com a evolução positiva do estado de saúde da criança, e a desesperança associada à deterioração do estado de saúde ou morte.

A OE (2018) afirma que o exercício do EEESIP é focado na filosofia de cuidados centrados na família, considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar. O Enfermeiro estabelece com ambos uma parceria de cuidar, promotora da otimização da saúde, no sentido da transição para a parentalidade, *“promovendo a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”* (OE, 2018, p. 5).

Nesta linha de pensamento, levantou-se neste contexto específico o diagnóstico de enfermagem de Disposição de Esperança Melhorada, sendo este definido como o *“padrão de expectativas e desejos para mobilizar energias em benefício próprio que pode ser melhorado.”* (Herdman & Kamitsuru, 2018, p.513). Bulechek *et al* (2016) elegem como intervenção de enfermagem central a Promoção da Esperança, sendo esta definida como a *“melhoria da crença na capacidade do próprio indivíduo para iniciar e manter acções”* (Bulechek *et al*, 2016, p. 365).

Com o intuito de implementar intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização, de forma a diminuir a ansiedade e o *stress* e apoiar no processo de transição para parentalidade de pais de prematuros/criança doente, foi desenvolvido um Diário de Esperança (Apêndice XIV), dirigido aos pais e composto por propostas de reflexão sobre *“Vitórias e Conquistas da Criança”* e *“Planeamento do Futuro”* (Charepe, 2014).

Estas intervenções são integrantes no Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua (Charepe, 2014), porém foram implementadas de forma individual e não sistemática, dirigidos aos pais de crianças internadas numa Neonatologia no contexto de promoção da esperança, como intervenção promotora de adaptação à hospitalização.

“A Esperança é um fenómeno amplo e multidimensional, entendido como uma força de vida dinâmica, (...) emergindo das experiências partilhadas. Está associada ao bem-estar psicológico dos pais, e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento” (Charepe, 2014, p.18).

As intervenções promotoras de esperança visam uma Transformação Pessoal Positiva, sendo esta definida como uma *“Reformulação dos recursos internos dos pais, que possibilita a mudança de perspetiva na forma como (...) valoriza as conquistas e habilidades da criança, conduzindo à perceção de que a mesma é a sua fonte de esperança”* (Charepe, 2014, p.18).

De modo, a partilhar com a equipa de enfermagem e promover a utilização de estratégias promotoras de esperança foi realizada uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem, intitulada *“Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização.”* (Apêndice XV) no dia 08.11.2018, integrando a estratégia *“Diário de Esperança”*. Consequentemente, foi realizado um questionário à equipa avaliativo da sessão que realça a importância deste tema na prática de cuidados de enfermagem nesta unidade, na medida em que à pergunta *“Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades”* 100% das respostas foram entre *“Elevado”* e *“Muito Elevado”*.

No decorrer do estágio, foi planeado um encontro terapêutico com os pais de um recém-nascido, decorrente da oportunidade de prestar cuidados, que apesar de serem pessoas com formação na área da saúde, se encontravam bastante ansiosas em relação ao internamento da sua filha B. naquela unidade. Foi utilizado com este casal a intervenção Diário de Esperança (Charepe, 2014) e foi utilizada para avaliação da mesma, o preenchimento da Escala de Esperança de Herth (Sartore & Grossi, 2008) (Apêndice XIV). Foi elaborada uma análise reflexiva (Apêndice XX) sobre a intervenção promotora de esperança realizada com este casal, da qual se destaca que na avaliação inicial apesar de unidos e do

apoio entre si, não se sentindo sozinha, a mãe experienciava sentimentos de medo em relação ao futuro e sobre a sua capacidade em enfrentar as dificuldades, não se sentindo forte. Foi, então, apresentado o Diário de Esperança, bem como os seus objetivos e combinado novo encontro, com o intuito de falar sobre a experiência de utilizar o diário. Uma semana depois, foi repetido o preenchimento da Escala de Esperança, e quando analisada a avaliação da mãe desta experiência, foi possível compreender que numa semana, estes pais começaram a valorizar e a celebrar as vitórias da sua filha. Vitórias diárias, de “*um ser tão pequenino que aprende tanto em tão pouco tempo*”. Ambos os pais referiram como tinha sido um enorme marco, e potenciador de esperança quando a B. bebeu o seu primeiro biberão de leite “*cheia de vontade, até parecia que queria mais*”. Outro facto que os pais referiram, foi o de se sentirem mais próximos da sua filha, através deste diário, mesmo quando estavam em casa.

Devido ao carácter curto deste estágio, não foi possível fazer um acompanhamento mais prolongado dos resultados desta intervenção, porém, o resultado obtido neste tempo foi muito positivo. Foi possível através da avaliação e comparação da Escala de Esperança *Herth* perceber que existiu um aumento na esperança desta mãe relativamente ao futuro, principalmente no que diz respeito às suas capacidades cuidadoras, na diminuição da ansiedade relativa aos procedimentos a um recém-nascido de baixo peso, e, conseqüentemente, na promoção da transição para a parentalidade e na promoção da vinculação. Neste sentido, e tendo em conta a utilização do MAR, esta intervenção foi promotora de adaptação do sistema familiar, na medida, em que estes pais se mostraram mais preparados para enfrentar os estímulos decorrentes deste processo, demonstrando algumas respostas de adaptação eficaz (Roy & Andrews, 2001).

Nesta perspetiva, teria sido positivo, com mais tempo, utilizar esta intervenção com mais pais de crianças internadas nesta unidade, porém, espera-se que o material deixado no serviço seja útil, na promoção da esperança de tantos outros pais.

3) Refletir sobre a importância de estratégias promotoras de adaptação à hospitalização de Pais de RN internado em UCN.

A estratégia promotora de adaptação abordada foi a técnica de Canguru (técnica de contato, pele com pele, entre o bebé e a mãe). Esta é uma importante

intervenção de enfermagem na adaptação à hospitalização em pais com crianças internadas em unidades de neonatologia, visto que estes se tornam gradualmente mais confiantes depois de duas ou três sessões (Cho *et al*, 2016). Nesta linha de pensamento, optou-se por refletir, falando com os pais presentes na unidade sobre os benefícios da utilização desta técnica sobre os sentimentos de ansiedade e de medo durante o internamento do seu RN (Apêndice XVI). Teve-se a oportunidade de partilhar alguns diálogos com as mães/pais com os seus recém-nascidos escondidos na sua roupa, como um canguru dentro da bolsa marsupial. A ideia essencial que passaram foi a tranquilidade que lhes trouxe o primeiro momento em que lhes puderam “dar colo”. Realçando a ideia de que a própria criança se torna a fonte de esperança. Uma mãe muito jovem referiu que *“tinha tanto medo de lhe pegar, vi-o dentro da incubadora, e pensava como e que eu ia ser capaz... ele era tão pequenino. Desde que o peguei, ele passou a ser a minha razão de viver. Parece que quando o tenho aqui ao colo, todas as minhas dúvidas desaparecem”*.

Refletindo sobre esta técnica, através da observação e interação com os pais, as conclusões retiradas estão em sintonia com a literatura contemporânea. Realça-se a importância de promover esta intervenção nos cuidados ao RN internados em unidades de Neonatologia e aos pais, na medida em que se apresenta como uma intervenção promotora de vinculação, mas também que permite diminuir a ansiedade e o medo dos pais, promovendo a esperança dos mesmos, a adaptação à hospitalização e a transição para a parentalidade. Com o desenvolver destas atividades, foi possível desenvolver a competência *“demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança”* e *“utiliza estratégias para promover o contato físico pais/RN”* (OE, 2018, p.5). Estas atividades de *“avaliação de interação e recursos de esperança”* (OE, 2011a, p. 9) possibilitaram a facilitação de *“comunicação expressiva de emoções”* (OE, 2018, p. 5).

2.4) Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O último estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) de Lisboa, de 12/11/2018 a 19/12/2018. Nesta UCIPed são prestados cuidados de enfermagem diferenciados e de nível terciário, com necessidade de

suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular avançado. Estes pretendem proporcionar ao utente pediátrico em estado crítico uma assistência por profissionais diferenciados e apoiado por tecnologia avançada, reduzindo a mortalidade e morbidade. A UCIPed tem 8 unidades de camas de internamento, sendo uma delas um quarto de isolamento. As unidades encontram-se dotadas de computador individual com o processo clínico e de enfermagem da criança/jovem, através do sistema informático Picis.

O método utilizado para a elaboração do diagnóstico de situação foi analisar o documento “*Avaliação de Riscos da Criança Internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*” (UCIPed, 2016). Um dos itens de risco detetado nesta unidade foi “*Humor deprimido, irritabilidade, ansiedade e medo*”, coordenando esta informação com o projeto global de mestrado, optou-se por desenvolver nesta unidade intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização.

Nesta medida, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família internados na UCIPed.

Paralelamente com as atividades desenvolvidas, colaborou-se com os enfermeiros nos cuidados prestados às crianças/jovem internados na UCIPed e às suas famílias. As aprendizagens adquiridas no decorrer deste estágio foram de extrema importância enquanto EEESIP, principalmente tendo em conta, que eles se complementam de forma intrínseca com a prestação de cuidados da autora em contexto de Urgência Pediátrica.

Neste contexto, foi possível prestar cuidados a crianças com necessidades diferenciadas. No período em que decorreu o estágio a maior parte das crianças/jovens internadas tinham como diagnóstico de enfermagem principal o “*padrão respiratório comprometido*” (OE, 2011b). Nesse contexto, e tendo em conta a instabilidade hemodinâmica e a necessidade de suporte ventilatório, foram consolidadas algumas competências, nomeadamente “*Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória*” e “*Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico*” (OE, 2018, p. 4) e “*Prescrição de intervenções de enfermagem, face aos problemas potenciais identificados*”

(OE,2011a, p, 8). Por outro lado, sendo um contexto de cuidados críticos, foi possível colaborar em diversas intervenções para a melhoria da dor e desconforto associados aos cuidados e estado de saúde das crianças. Tanto com medidas não farmacológicas, como a distração, a brincadeira terapêutica, como com medidas farmacológicas, principalmente no caso de crianças ventiladas invasivamente ou não conscientes. Foram assim, consolidadas as competências de “*gestão de medidas farmacológicas de combate à dor*” (OE, 2018, p. 4).

2) Promover a adaptação dos pais à hospitalização, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

No que diz respeito, concretamente ao internamento numa unidade de cuidados intensivos Foster *et al* (2016) afirmam que durante a hospitalização e o período de tratamento, estes pais interagem constantemente com a equipa de saúde e estão frequentemente sob pressão para tomar decisões difíceis sobre o tratamento de seus filhos. Estes passam a viver num ambiente estranho e *stressante*, testemunhando situações de outras crianças gravemente doentes. Estes pais sentem frequentemente medo e preocupação no que diz respeito à sobrevivência do seu filho, sentindo-se angustiados e emocionados ao testemunhar a sua dor, sendo também afetados pelas mudanças na aparência e no comportamento da criança/jovem. Estes autores refletem, assim sobre a importância de reconhecer e abordar as necessidades emocionais dos pais, durante o internamento das crianças. A supressão das emoções é um risco para uma saúde mental prejudicada e aumento dos sintomas de *stress*.

Tendo em conta que um internamento numa unidade de cuidados intensivos envolve estímulos particularmente fortes, salienta-se as inúmeras as necessidades adaptativas desta unidade familiar, cabe, assim, ao enfermeiro implementar intervenções promotoras da adaptação de forma a aumentar a interação da pessoa com o ambiente, e através disto promover respostas adaptativas eficazes (Roy & Andrews, 2001; Tremarin, Gawleta & Rocha, 2009). Torna-se assim, clara a necessidade da implementação de intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização, de forma a diminuir a ansiedade e o *stress* e a promover o papel parental, de pais com crianças internadas. Neste sentido, e com intuito de promover a adaptação da criança/jovem e família neste contexto particular de hospitalização, foi proposto o

desenvolvimento de um *Kit* de Adaptação (Drake *et al*, 2012). Estes autores estudaram a utilização de *kits* de adaptação como intervenção de enfermagem, tendo concluído que estes são eficazes na diminuição da ansiedade e do *stress* das crianças e dos pais, sendo por isso eficazes na promoção da adaptação à hospitalização.

Foi, assim, construída a respetiva proposta de *Kit* de Adaptação e um documento Guia de implementação relativo à intervenção proposta a serem operacionalizados na UCIPed (Apêndice XVII). Iniciou-se esta proposta com a apresentação de um Plano de Cuidados Exemplo para intervenções promotoras de adaptação. Como intervenção promotora de adaptação à hospitalização, apresentou-se uma sugestão de *Kit* de Adaptação, com atividades individualizadas às necessidades de pais de crianças internadas na UCIPed, segundo as necessidades levantadas. O *Kit* de Adaptação apresentado incluía um folheto informativo sobre hospitalização (de forma a promover o acolhimento a estes pais e diminuir a ansiedade e medo relacionado com o internamento (Ribeiro *et al*, 2016)); um diário de Percurso (que pretendeu ensinar estratégias para lidar com ansiedade e *stress*, e encorajar a expressão emocional adaptativa (Doupnik *et al*, 2017)); um espaço para Partilha de Testemunhos (de modo a promover a partilha de experiências, expressão de sentimentos e vivências, potenciadoras de recursos com vista à promoção da adaptação de jovens e pais) (Charepe, 2014) e um incentivo para os pais juntarem ao *Kit* recordações como fotografias, postais e livros, de forma a, poderem recordar momentos felizes e promotores de esperança (Charepe, 2014). De forma a avaliar a intervenção de enfermagem utilizou-se uma Pergunta Escala (Strong, Pyle & Sutherlan, 2009): “*Numa escala de 0 a 10, quanto é que se sente mais preparada para enfrentar a hospitalização do seu filho?*”. Foi simultaneamente realizada uma apresentação desta intervenção em forma de poster (Apêndice XVIII). Com o intuito de avaliar esta intervenção junto da equipa de enfermagem, foi realizado um questionário (Apêndice XIX), sendo que esta intervenção foi considerada como benéfica e pertinente pela maioria da equipa. Às perguntas “*o tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na UCIPed.*” e “*o Kit de Adaptação está elaborado de forma útil para os seus cuidados*” 85% respondeu “*Concordo*” ou “*Concordo totalmente*”.

Com base nesta atividade, foi realizado um estudo de caso (Apêndice XX) relativamente a duas crianças, a quem foram prestados cuidados durante o internamento, a primeira em contexto de doença aguda, e a segunda de doença crónica (reinternamento). Estes foram elaborados com base no estipulado pela CIPE (OE, 2011b), sendo que em ambos os casos foram levantados os diagnósticos de “*Coping Familiar comprometido*”; “*Ansiedade*”; “*Medo*”. Como outcomes dos diagnósticos de enfermagem levantados foram projetados “*Coping Familiar Efetivo*”; “*Ansiedade Melhorada*”; “*Medo Melhorado*”. Nesta medida, foram delineadas as intervenções: “*avaliar o bem-estar psicológico*”, “*providenciar apoio Emocional*”, “*ensinar técnicas de adaptação*”, “*estabelecer ligação de confiança*”, “*providenciar orientações antecipatórias à família*” e o recurso a *Kit* de adaptação à Hospitalização (Drake *et al*, 2012).

Tendo em conta a utilização destas estratégias, em contexto de criança com doença aguda e, noutro caso, em contexto de doença crónica, foi realizada uma análise reflexiva sobre o impacto da mesma em ambos os casos. Em suma, a utilização de *Kit* de Adaptação como estratégia promotora de adaptação à hospitalização de pais de crianças/jovens internados na UCIPed mostrou-se importante, tanto em contexto de criança com doença aguda, mas também em contexto de agudização de doença crónica com necessidade de reinternamento. Em ambos os casos estudados, os pais demonstraram uma diminuição da ansiedade e do medo, melhorando assim, o *coping* familiar, mostrando terem desenvolvido respostas adaptativas eficazes (Roy & Andrews, 2001). Foi assim, consolidada a utilização de “*estratégias promotoras e esperança realista*” (OE, 2018, p. 5) e a capacitação para a “*adoção de estratégias de coping e de adaptação*” (OE, 2018, p. 4).

Como consideração final, teria sido positivo realizar a avaliação num período de tempo mais prolongado, viabilizando, assim, o acompanhamento e apoio a estas situações ao longo do seu progresso adaptativo. Por outro lado, seria pertinente, um estudo mais alargado sobre a utilização de estratégias promotoras de adaptação à hospitalização de pais de crianças em estado crítico, particularmente dos efeitos da utilização de *Kits* de Adaptação.

3) CONCLUSÃO

A OE (2015) realça que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos adequados, com o *“Respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (OE, 2015, p. 30). É nesta medida que se encaixa o percurso realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem, que tem o seu término com a entrega e discussão deste relatório, num intuito pessoal de melhoria contínua dos cuidados prestados.

Tendo em conta as competências de mestre emanadas pela Agência Nacional para a Qualificação e Ensino Profissional (ANQEP) & Direção-Geral do Ensino Superior (DGES) (2013) foi conseguido ao longo deste percurso aplicar conhecimentos e demonstrar capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, ainda que relacionados com a área de estudo. Esta competência foi particularmente desenvolvida nos contextos de estágio na UCN e UCIPed, onde a autora se deparou com situações desconhecidas, onde adquiriu novos conhecimentos e estratégias de intervenção, que tiveram uma importância fulcral na aquisição de competências tanto de EEESIP, mas também de mestrando.

Tomando em consideração o percurso reflexivo realizado, foram consolidadas competências integrativas de conhecimentos, de modo a lidar com questões complexas, desenvolver soluções e realizar tomadas de decisões fundamentadas, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas resultantes ou condicionantes (ANQEP & DGES, 2013).

Foram desenvolvidas particularmente competências no contexto de investigação. Na medida em que foi consolidado o exercício de uma prática baseada na evidência, sendo que este processo de transferência da evidência para a prática de enfermagem, está particularmente refletida na revisão da literatura de *Scoping Review*, na partilha de conhecimento científico em enfermagem através da apresentação de um póster num Seminário e,

principalmente, na utilização dos resultados da revisão para implementar intervenções nos diferentes contextos de estágio.

Dando foco às competências formativas, estas estão refletidas na análise dos contextos de estágio na USF e no UCN, onde foram realizadas sessões formativas à equipa de saúde. Tendo sido desenvolvidas competências de partilha de conhecimento, atuando “*como formador oportuno em contexto de trabalho*” e diagnosticando “*necessidades formativas*” (OE, 2010, p.10). Por outro lado, e em particular no contexto de USF foram desenvolvidas competências de Gestão, visto a enfermeira orientadora acumular funções enquanto enfermeira coordenadora da unidade, tendo sido possível analisar e refletir sobre a importância que uma gestão eficaz tem na moral da equipa e consequentemente na prestação de cuidados.

Relativamente à oportunidade de prestar cuidados de enfermagem nos diferentes contextos de estágio, destaca-se a partilha de conhecimentos com múltiplos colegas de profissão, com diferentes processos de planeamento dos cuidados de enfermagem, e os diferentes modos de atuação das equipas multiprofissionais. Estes contribuíram para uma melhor perceção da importância de partilha de conhecimento entre profissionais de saúde e para uma melhor perceção dos diferentes domínios de atuação do EEESIP.

Ao longo deste percurso de formação enquanto EEESIP as principais competências desenvolvidas nos diferentes contextos foram a “*promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios*” e o “*reconhecimento das forças e competências da família como recursos para a intervenção*” (OE, 2011a, p. 5), “*comunicar com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento*”, “*capacita a criança (...) e família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação*” e também “*utiliza estratégias promotoras de esperança realista*” (OE, 2018).

A oportunidade de colaborar nos cuidados de enfermagem em contextos distintos entre si, foi muito benéfica para o desenvolvimento de competências, tendo sido possível desenvolver em cada um deles intervenções distintas em relação ao tema transversal: “*a adaptação à hospitalização da criança/jovem e sua família*”. Esta temática foi trabalhada a vários níveis, desde os cuidados antecipatórios num contexto de cuidados de saúde primários e depois já num contexto de necessidade de internamento nos diferentes contextos hospitalares,

com complexidade distinta inerente a cada serviço. Salieta-se as diversas intervenções promotoras de adaptação à hospitalização desenvolvidas nos diferentes contextos, juntamente com o material de apoio às intervenções, que foram deixados como contributo às equipas de enfermagem, tendo também a possibilidade de serem utilizados na integração de novos elementos.

Compreendeu-se que desde o primeiro momento, a hospitalização é vivida como um momento de crise, associada frequentemente a sentimentos de ansiedade e medo. Tendo como base o Modelo de Adaptação de Roy, tornou-se evidente que para atingir o objetivo de bem-estar da díade criança/pais é necessário intervir nos estímulos do meio ambiente, de modo a melhorar o nível de adaptação, particularmente no modo adaptativo fisiológico (na diminuição da ansiedade e do medo) e na função de papel (promoção do papel parental), de forma, a que estes desenvolvam respostas adaptativas eficazes (Roy & Andrews, 2001). O cuidado de enfermagem sustentado por este referencial teórico permite uma ação de forma mais individualizada, organizada, integrando as necessidades individuais da criança e da sua família, tendo em conta o seu contexto e as circunstâncias de vida familiar no momento da hospitalização. A reflexão sobre a atuação de enfermagem como promotor de adaptação e gestor emocional mostrou-se crucial e compõe uma das principais implicações deste processo na prática profissional da autora.

Em suma, durante este percurso emergiram diversas mudanças a nível pessoal e profissional que, inevitavelmente se traduzem numa evolução na prática de cuidados de enfermagem. Foram assim consolidadas competências técnico-científicas, ético-legais e relacionais, tendo estas resultado numa perceção diária do aumento da responsabilidade sentida na prestação de cuidados, tanto ao nível das intervenções autónomas de enfermagem como das interdependentes (OE, 2012). Foi realizado ao longo deste percurso, um trabalho consciente de mobilização de estratégias comunicacionais, não só com as crianças e família, mas também com outros profissionais de saúde, de forma, a que esta se tornasse mais clara, fundamenta e que tivesse em vista, a excelência dos cuidados.

Como limitações deste relatório salienta-se o tempo curto para implementar e avaliar as diversas atividades. Sendo que teria sido benéfico para o processo de reflexão do impacto das mesmas, não só o maior tempo de implementação, mas

também o número de crianças e famílias que participaram nas atividades propostas.

Como olhar para o futuro, de forma a dar continuidade a este caminho, tem-se o objetivo de manter a procura contínua da melhoria dos cuidados, aplicando os fundamentos da prática baseada na evidência, com a responsabilidade de EEESIP numa procura pela excelência. Sugere-se, por fim, um investimento numa sistematização de intervenções de adaptação à hospitalização, através do estudo da utilização de escalas de adaptação e promoção da utilização de *Kit* de Adaptação e Diários de Esperança, principalmente em ambientes altamente especializados e técnicos, onde esta necessidade das crianças/jovens e das suas famílias fica por vezes em segundo plano.

4) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Abuidhail, J., Al-Motlaq, M., & Salameh, T. (2016). *The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Study*. The Journal of Nursing Research.
- * Agência Nacional para a Qualificação e Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação.
- * American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: APA.
- * Assembleia da República nº 20/90. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Diário da República n.º 211/1990, 1º Suplemento, Série I de 1990-09-12. Lisboa: Assembleia da República.
- * Branco, A; Fernandes, A; Garcia, F; Gouveia, Rosa (2002). *Choro Excessivo Primário em Lactentes*. Acta Pediatr. Port, 53 (33), pp. 189-96.
- * Brown, K., Mace, S., Dieitrich, A., Knazik, S., Schamban, N. (2008). *Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department*. CJEM, 10 (1), pp. 38-43.
- * Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C. (2016). *NIC. Classificação das Intervenções de Enfermagem* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- * Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R., Masso, G. (2018). *Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review*. Rev Bras Enferm. 71(4), pp. 2030-8.
- * Casey, A. (1993). *Development and Use of Partnership Model of Nursing Care*. In: Glasper, E.; Tucker, A. *Advances in Child health nursing*. Journal of Advanced Nursing.

- * Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.
- * Cho, E., Kim, S., Kwon, M., Cho, H., Kim, E., Jun, E., et al. (2016). *The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal–Infant Attachment, and Maternal Stress*. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, pp. 430–438.
- * Coelho, S., Mendes, I. (2011). *Da Pesquisa à Prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy*. *Esc Anna Nery*, 15 (4), pp. 845-850.
- * Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2009). *Orientações para uma Carta Hospitalar de Pediatria em Portugal Continental*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- * Costa, T., Morais, A. (2017). *A Hospitalização Infantil: Vivência de Crianças a partir de Representações Gráficas*. *Rev enferm UFPE*, 11 (1), pp.358-67.
- * Costa, J., Santos, M. (2016). *Grupo de Adolescente Hospitalizados com Doença Crónica não transmissível como tecnologia de cuidado de enfermagem*. *Rev enferm UFPE on line*, 10 (2), pp. 508-14.
- * Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). *Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional*. *Pensar Enfermagem*, 20, pp. 26-47.
- * Doupnik, S., Hill, D., Palakshappa, D., & Worsley, D. (2017). *Parent Coping Support Interventions during Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis*. *Pediatrics*, 140 (3).
- * Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República* n.º 149. I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde.
- * Decreto-Lei n.º 47344 de 25 de Novembro de 1996. *Diário do Governo* n.º 274/1966. I Série. Lisboa: Ministério da Justiça.
- * Diniz, S., Avelar, MC. (2009). *A prática docente de enfermeiros de instituições de saúde numa universidade privada*. *Cienc Cuid Saude*. 8(2), pp.176-183.
- * Direção-geral de Saúde (2017). *Norma n.º 017/2017 de 04/08/2017. Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Lisboa:2017.

- * Direção-geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: 2015.
- * Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 010/2013 de 31/05/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)*. Lisboa: 2013.
- * Direção-Geral da Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: 2007.
- * Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A., Martinez, D., & Massey, M. (2012). *Evaluation of a Coping Kit for Children With Challenging Behaviors In a Pediatric Hospital*. *Pediatric Nursing*, 38 (4), pp. 215-221.
- * Fawcett, J. (2017). *Applying Conceptual Models of Nursing: quality improvement, research, and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- * Fawcett, J., Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3ª ed.). Filadélfia: F.A. Davis Company.
- * Figueiredo MH, Charepe, Z., Melo, P., Silva, S. (2010). *Famílias e Família: A Avaliação Integrativa do Papel Parental*. Braga: Universidade do Minho.
- * Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, MA. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. *Revista Percursos*. (15).
- * Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., Curtis, K. (2017). *Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation*. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, pp. 114–120.
- * Gomes, G., Nicola, G., Souza, N., Chagas, M., Chagas, D., e.t al. (2013). *Percepções da Família acerca das dificuldades de adaptação criança à Hospitalização: Subsídios para a Enfermagem*. *Cogitare Enferm.*, 18 (4), pp. 767-74.
- * Gonçalves, k., Figueiredo, J., Oliveira, S., Davim, R., Camboim, J., et al. (2017). *Criança Hospitalizada e Equipe de Enfermagem: Opinião de Acompanhantes*. *Rev enferm*, 11 (6), pp. 2586-93.
- * Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. (2016). *Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study*. *Journal of Pediatric Nursing*.

- * Hagstrom, S. (2016). *Family Stress in Pediatric Critical Care*. Journal of Pediatric Nursing.
- * Hanna, D., Roy, C. (2001). *Roy Adaptation Model and Perspectives on the Family*. Nursing Science Quarterly, 14 (1).
- * Herdman, T., Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- * Hockenberry, M. J., & Winkelstein, W. (2016). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- * Hutchfield, K. (1999). *Family-centred care: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 29 (5), pp. 1178-1187.
- * Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- * Joana Briggs Intitute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Australia: Joana Briggs Intitute; 2014.
- * Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed.
- * Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Quebec: Maloine.
- * Lage, I., Vilaça, S. Araújo, O., Almendra, M., Novais, R., Braga, F. (2016). *Prática Baseada na Evidência em Enfermagem: estado da arte*. Ourense: Educación Editora.
- * Lei n.º 15/2014 de 21 de Março. Diário da República. I série, N.º 57. Lisboa: Ministério da Saúde.
- * Livesley, J., Long, T. (2012). *Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study*. International Journal of Nursing Studies, 50, pp. 1292-1303.
- * Lopes, M., Lourenço, O. (1998). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações*. Análise Psicológica 4 (XVI), pp. 655-665.
- * Lyu, Q., Kong, S., Wong, F., You, L., Yan, J., Zhou, X., et al. (2016). *Psychometric Validation of an Instrument to Measure Family Coping During a Child's Hospitalization for Cancer*. Cancer Nursing, 0.

- * Magnabosco, G., Tonelli, AL., Souza, S. (2008). *Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura*. Cogitare Enferm, 13(1), pp.103-8.
- * Mendes, MG., Martins, MM. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência, III (6), pp.113-121.
- * Moreira PL., Dupas G. (2003). *Significado de Saúde e de Doença na Percepção da Criança*. Rev Latino-am Enfermagem, 11 (6), pp.757-62.
- * Moreira, R., Gubert, F., Sabino, L., Benevides, J., Tomé, M., Martins, M., et al. (2016). *Assisted therapy with dogs in pediatric oncology: relatives' and nurses' perceptions*. Rev Bras Enferm, 69 (6), pp. 61122-8.
- * Neto, D., Nóbrega, M. (1999). *Holismo nos modelos teóricos de enfermagem*. R. Bras. Enferm., Brasília, 52(2), pp. 233-242.
- * Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- * Pereira, AM., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria*. Pensar Enfermagem, 14 (1).
- * Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- * Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- * Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- * Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- * Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Ordem dos enfermeiros

- * Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- * Oxford Dictionaries. (2013). *Pocket Oxford English Dictionary*. Oxford University Press.
- * Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., & Soares, C. (2015). *Guidance for conducting systematic scoping reviews*. International Journal of Evidence-Based Healthcare, pp. 141- 146.
- * Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., Forte, E. (2018). *O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos Metaparadigmáticos de enfermagem*. Contexto Enferm, 27(2).
- * Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, P., Thofehr, M., Oliveira, A., & Tarouco, A. (2016). *Reflecting on the Constrution of Caring in Pediatrics*. J Nurs UFPE on line, 10(12), pp. 4672-9.
- * Roy, C. (2018). *Key Issues in Nursing Theory. Developments, Challenges, and Future Directions*. Nursing Research, 67 (2), pp.81–92.
- * Roy, C., Andrews, H. (2001). *Teorias da Enfermagem. O Modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- * Saini, N., Veena, S., Arora, S., & Khan, F. (2017). *Roy's Adaptation Model: Effect of Care on Pediatric Patients*. Int J Nurs Midwif Res, 4 (1), pp. 52-60.
- * Santos, P., Silva, L., Depianti, J., Cursino, E., Ribeiro, C. (2016). *Os cuidados de Enfermagem na Percepção da Criança Hospitalizada*. Rev Bras Enferm, 69(4), pp. 603-9.
- * Sartore, A., Grossi, S. (2008). *Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa*. Rev Esc Enferm. 42(2), pp. 227-32.
- * Shields, L., Pratt, J., Davis, L., Hunter, J. (2007). *Family-centred care for children in hospital*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1.
- * Smith, F. (1995) - *Children's nursing in practice: the Nottingham model*. Oxford: Blackwell Science.
- * Sposito, A., Silva-Rodrigues, F., Sparapani, V., Pfeifer, L., Lima, R., & Nascimento, L. (2015). *Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer*. Journal of Nursing Scholarship, 0, pp. 1-9.

- * Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2017). *Convulsões Febris*. Consultado em 09 de Maio de 2018. Disponível em <http://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/convulsoes-febris>.
- * Sousa, C. (2012). *Comunicação Aumentativa*. Leiria: Offsetlis, Lda.
- * Strong, T., Pyle, N., Sutherland, O. (2009). *Scaling questions: Asking and answering them in counseling*. *Counselling Psychology Quarterly*. Vol. 22 (2), pp. 171–185.
- * Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., The PRISMA Group. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Medicine*, 6 (7).
- * Tremarin, R., Gawleta, F., & Rocha, D. (2009). *A Teoria da Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso*. *Cogitare*, 14(3), p. 569.574.
- * Tomey, A., Aliigood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência.
- * Vaz, I. (2013). Visual symbols in healthcare settings for children with learning disabilities and autism spectrum disorder. *British Journal of Nursing*, 22 (3).
- * Referências Não Publicadas
- * USF [REDACTED] (2016). *Plano de ação*. Disponível na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED].
- * Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (2016). *Avaliação de Riscos da criança internada*. Disponível na UCIPED do [REDACTED]

Apêndices

Apêndice I

Poster

“Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança, Jovem e/ou Família à Hospitalização”

Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança, Jovem e/ou Família à Hospitalização

1º Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem



Autoria: Inês Barros¹; Margarida Lourenço²; Zaida Charepe²; Elisabete Nunes²

Afiliação dos autores: 1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria, inesqbarros@gmail.com;

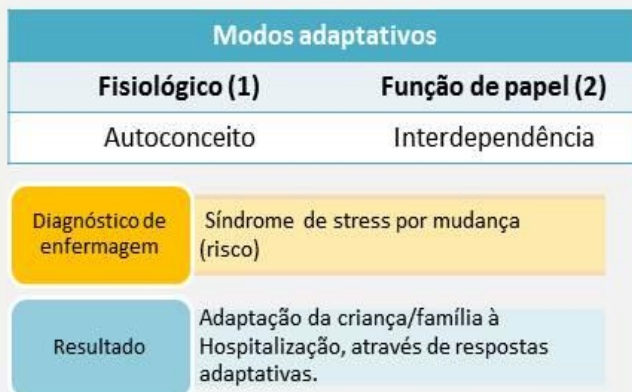
2. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Introdução

A hospitalização é um período de elevado *stress* e ansiedade para a criança e para a sua família. É essencial definir intervenções que visem **diminuir a ansiedade (1)**, prevenir sequelas, potenciar efeitos positivos e **promover a adaptação do papel parental (2)**. A adaptação é o conceito primário da Teoria de Adaptação de Roy.

Indivíduo: sistema capaz de se adaptar.
Padrão de saúde alterado: necessidades adaptativas.

Modelo de Adaptação de Roy

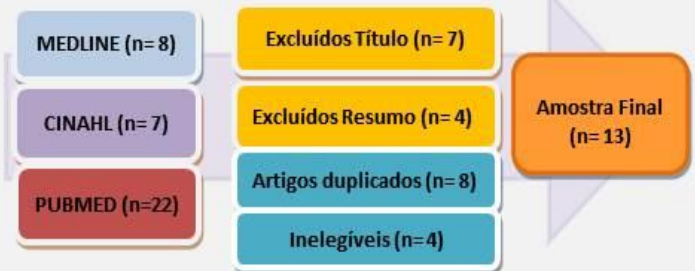


Diogo, et al (2016); Saini, et al (2017); Johnson, et al (2006)

Objetivo

Mapear as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização da criança, jovem e/ou família.

Métodos



Resultados

Estratégias promotoras de adaptação à hospitalização



Ribeiro, et al (2016); Drake, et al (2012); Sposito, et al (2015); Lyu, et al (2016); Moreira, et al (2016)

Métodos

- **Scoping Review** - Joana Briggs Intitute (2014)
- Bases de dados PUBMED, MEDLINE e CINAHL.
- Artigos entre 2012-2017 e *Full Text*.
- Idiomas de inclusão: Português e Inglês.
- **População:** Enfermeiros, Criança, Jovem (0-18 anos) e Família; **Conceito:** Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação; **Contexto:** Hospitalização.

Conclusão

As intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização mapeadas incidem no modo adaptativo fisiológico do Modelo de adaptação de Roy - diminuição da ansiedade e do medo da criança e família e na função de papel- promoção do papel parental. Estas intervenções permitem aumentar a capacidade das crianças/família para receberem informação, participarem nos cuidados e nas decisões.

Referências Bibliográficas: [1] Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20. [2] Saini, N., Veena, S., Arora, S. (2017). Roy's Adaptation Model: Effect of Care on Pediatric Patients. *Int J Nurs Midwif Res*, 4 (1). [3] Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed. [4] Joana Briggs Intitute. Joana Briggs Institute Reviewers' Manual. Australia: Joana Briggs Intitute; 2014. [5] Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, P. (2016). Reflecting on the Construction of Caring in Pediatrics. *J Nurs UFPE on line*, 10(12). [6] Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A. (2012). Evaluation of a Coping Kit for Children With Challenging Behaviors In a Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (4). [7] Sposito, A., Silva-Rodrigues, F., Sparapani, V. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*. [8] Lyu, Q., Kong, S., Wong, F., You, L., Yan, J. (2016). Psychometric Validation of an Instrument to Measure Family Coping During a Child's Hospitalization for Cancer. *Cancer Nursing*. [9] Moreira, R; et al. (2016). Assisted therapy with dogs in pediatric oncology: relatives' and nurses' perceptions. *Rev Bras Enferm*, 69(6).

Apêndice II

Instrumento de Extração de Dados da *Scoping Review* (JBI, 2014)

Título da Revisão: Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma *Scoping Review*.

Questão de Revisão: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização da criança e da sua família?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Criança, Jovem (0-18 anos) e Família (Pais, cuidadores ou representantes legais e irmãos).

Conceito: Intervenções promotoras da adaptação

Contexto: Hospitalização

Detalhes do estudo e extração de características:

Autor (es) _____

Ano de publicação _____

Objetivos _____

Desenho do estudo _____

População do estudo _____

Contexto _____

Intervenção _____

Principais resultados _____

Apêndice III

Quadro de Caracterização dos Estudos Incluídos na *Scoping Review*

Autor e Ano de Publicação	Objetivo	Desenho de Estudo	População do Estudo	Contexto	Conceito	Resultados
Ribeiro, J; Gomes, G; Silva, P; et al. (2016)	Reflexão crítica sobre o cuidado à criança hospitalizada e práticas de enfermagem, e criação de espaços que valorizem a dignidade da criança hospitalizada e família.	Revisão Sistemática da Literatura	Criança-família hospitalizadas	Internamento Hospitalar.	Cuidado de Enfermagem Pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermagem: Comportamentos positivos passam por responder às necessidades quando necessário, avaliações frequentes, administração de medicação, ser amáveis e escutá-los. Comportamentos negativos passaram por acordá-los ou realizar procedimentos dolorosos e desconfortáveis. • Comunicação: ler, jogos, demonstração dos procedimentos. • Cuidados centrados na criança e na família – pais como parceiros de cuidados.
Grahn, M; Olsson, E; Mansson, M. (2016)	Descrever estratégias utilizadas pelos enfermeiros na interação com crianças dos 3 aos 6 anos	Qualitativo	Criança-família hospitalizadas	Urgência de Pediatria.	Cuidado de Enfermagem Pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da comunicação entre equipa de saúde e criança, para que esta e a sua família se sintam seguras durante o internamento. Importância da comunicação entre equipa de saúde e criança, para que esta e a sua família se sintam seguras durante o internamento. • Envolvimento da criança e família nos cuidados é essencial para diminuir os medos e aumentar a colaboração nos mesmos.
Drake, J; Johnson, N; Stoneck, A; et al. (2012)	Avaliar a percepção da eficácia da intervenção através de um Kit de Adaptação.	Quantitativo cross-sectional	Enfermeiros	Internamento de Crianças com perturbações do desenvolvimento.	Intervenção com Kit de adaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Os Enfermeiros percebem os kits como eficazes diminuindo a ansiedade dos pacientes, acalmado o comportamento das crianças e aumentando a colaboração durante os procedimentos.
Doupnik, S; Hill, D; Palakshappa, D; et al. (2017)	Descrever intervenções promotoras de adaptação para pais de crianças Hospitalizadas.	Revisão Sistemática da Literatura. Meta Análise	Pais de crianças Hospitalizadas	Internamento Hospitalar.	Intervenções enfermagem de apoio à adaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de apoio à adaptação podem aliviar o <i>stress</i> psicológico dos pais durante a hospitalização da criança • Três categorias de intervenções: educação, regulação emocional e apoio social e estrutural.

Foster , K; Young, A; Mitchell, R; et al. (2016)	Analisar as experiências dos pais com criança gravemente ferida durante a fase aguda da hospitalização.	Qualitativo	Pais de crianças Hospitalizadas	Internamento Hospitalar agudo.	Intervenções enfermagem de apoio à adaptação.	<ul style="list-style-type: none"> Três temas principais na experiência e necessidades dos pais: lidar com a lesão infantil; aceitar a complexidade da lesão e encontrar maneiras de lidar com necessidades da família.
Hagstrom, S (2016)	Descrever fontes de <i>stress</i> das famílias de crianças internadas em cuidados intensivos.	Quantitativo e Qualitativo	Pais de crianças Hospitalizadas	Internamento Hospitalar numa unidade de cuidados intensivos.	Intervenções enfermagem de apoio à adaptação.	<ul style="list-style-type: none"> Oito temas relacionados às fontes de <i>stress</i>: separação, não saber, doença e sofrimento da criança, cuidado e carinho, <i>stress</i> emocional, <i>stress</i> físico, <i>stress</i> financeiro e no trabalho, e experiências passadas.
Gomes, G; Nicola, G; Souza, N; et al. (2013)	Conhecer as percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança durante a hospitalização.	Qualitativo pesquisa exploratório-descritiva	Famílias de crianças Hospitalizadas	Internamento Hospitalar.	Adaptação à hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> Três categorias: ambiente hospitalar como diferente, medo da criança do internamento e mudanças no comportamento da criança. Necessidade de apoiar a família para que possa dar o apoio necessário à criança no hospital e cuidar de forma humanizada de modo que a hospitalização seja menos traumática.
Lyu,Q; Kong,S; Wong,F; et al (2016)	Validação de Escalas de Adaptação à Hospitalização.	Quantitativo e Qualitativo	Famílias de crianças Hospitalizadas em Oncologia	Internamento Hospitalar de Oncologia.	Adaptação à hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação de enfermagem da eficácia dos mecanismos de coping durante a hospitalização de crianças com doença oncológica. Implementação de intervenções realistas baseadas de apoio baseada na avaliação da escala.
Sposito, A; Silva-Rodrigues, F; Sparapani, V; et al (2015)	Analisar estratégias de adaptação utilizadas por crianças com doença oncológica a realizar quimioterapia.	Qualitativo	Crianças com doença oncológica a realizar quimioterapia.	Internamento Hospitalar de Oncologia.	Adaptação à hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> As estratégias identificadas foram: entender a necessidade de quimioterapia; encontrar alívio para os efeitos secundários da quimioterapia e dor; compreendendo a importância da alimentação; participação em atividades de entretenimento e em divertir-se; mantendo viva a esperança de cura e encontrando apoio na religião.
Costa, Santos, J; M. (2016)	Criar um grupo de ajuda-mútua com adolescentes	Qualitativo Descritivo e exploratório	Adolescentes hospitalizados com	Internamento Hospitalar	Adaptação à hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes relataram o impacto da internamento no seu quotidiano, que os limita nas atividades rotineiras como ir à escola, ver

	hospitalizados com doença crónica não transmissível.		doença crónica não transmissível			família e amigos e brincar. Mecanismos de enfrentamento: o apoio familiar, desenvolvimento de atividades lúdicas e o uso regular da medicação.
Moreira, R; Gubert, F; Sabino, L; et al. (2016)	Percepção de profissionais da equipe de enfermagem e responsáveis por crianças e adolescentes com cancro acerca da Terapia Assistida com Cães.	Qualitativo	Equipa de enfermagem e responsáveis por crianças e adolescentes com doença oncológica	Internamento Hospitalar	Terapia Assistida com Cães como Adaptação à hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> • As percepções dos participantes reforçam recomendações que podem ser aplicadas no contexto hospitalar e evidência que a terapia em pode tornar-se uma intervenção efetiva para promoção da saúde de crianças e adolescentes com doença oncológica
Cho, E; Kim, S; Kwon, M; et al.(2016)	Identificar os efeitos da técnica de canguru.	Quantitativo quasi-experiment	Bebés prematuros e mães	Unidades de Neonatologia	Técnica de canguru.	<ul style="list-style-type: none"> • A Técnica de Kangaroo é uma das intervenções de enfermagem mais eficazes nos cuidados neonatais no cuidado às crianças pré-termo e às suas mães.
Abuidhail, J; Al-Motlaq, M; Mrayan, L; Salameh, T. (2016)	Descrever as experiências vividas, as necessidades em relação ao cuidado e os sistemas de apoio dos pais em Neonatologia.	Qualitativo	Pais de crianças pré-termo	Unidades de Neonatologia	Adaptação à hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> • Temas principais: choque, preocupação e ansiedade vivenciados pelos pais; as influências da admissão nas experiências de pais e familiares; as informações e assistência necessárias e recebidas pelos pais dadas pelos profissionais de saúde; e as emoções e satisfação dos pais.

Apêndice IV

Quadro de Estudos Excluídos na *Scoping Review*

Título	Autores	Ano	Motivo
Translation and adaptation of a pediatric early warning score	Miranda, J; Camargo, C; Sobrinhom C; et al.	2016	Título
Transitioning home: A four-stage reintegration hospital discharge program for adolescents hospitalized for eating disorders	Dror, S; Kohn,S; Avichezer M, Sapir, B; et al.	2015	Título
Trying to Live With Pumping: Expressing Milkfor Preterm or Small for Gestational Age Infants	Ikonen, R; Paavilainen, E; Kaunonen, M.	2016	Título
A Stress Coping App for Hospitalized Pregnant Women at Risk for Preterm Birth	Jallo, N; Thacker, L; Menzies, V; et al.	2017	Título
Fatigue and health related quality of life in children and adolescents with cancer	Nunes, M; Jacob, E; Bomfim, E, et al.	2017	Título
Factors Predicting Parent Anxiety Around Infant and Toddler Postoperative and Pain.	Rosenberg, R; Clark, C; Chibbaro, P; et al.	2017	Título
The Role of Peer Support in the Development of Maternal Identity for "NICU Moms"	Rossmann, B; Greene, M; Meier, P.	2015	Título
Altered stress system reactivity after pediatric injury: Relation with post-traumatic stress symptoms	Ewing-Cobbs, L; Prasad M; Cox, C; et al.	2017	Resumo
Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children	Stremler, R; Haddad, S; Pullenayegum,E; Parshuram, C.	2017	Resumo
"It broke our hearts" Understanding Parents' Lived Experiences of Their Child's Admission to an Acute Mental Health Care Facility	Ward, L; Gwinner, K.	2014	Reumo
Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children	Weiss, M; Sawin, K; Gralton, K; et al.	2017	Resumo
Capacidade de resiliência em adolescentes: o olhar da enfermagem	Santos, R; Barreto, A.	2014	Resumo
Support provided by nurses to parents of hospitalized children – cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results	Aftyka, A; Rozalska-Walaszek, I; AWRobe, A, et al.	2016	Leitura integral
Factors influencing fatigue among mothers with hospitalizedchildren: A structural equationmodel	Kim, S; Kim, H; Park, Y; et al.	2017	Leitura integral
Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care	Silva, T; Alves, L; Balieiro, M; et al.	2015	Leitura integral
Stress and coping of parents caring for a child withmitochondrial disease	Senger, B; Ward, L; arbosa-Leiker, C; Bindler, R.	2015	Leitura integral

Apêndice V

**Folheto Informativo dirigido aos Pais em
contexto de CSP**

“Febre na Criança”

Convulsões Febris

É uma convulsão que surge numa criança saudável, entre os 6 meses e os 6 anos de idade, na subida rápida da temperatura. São na maioria breves e frequentemente param sem qualquer intervenção. Apesar de serem situações benignas (não causam problemas a longo prazo) e relacionadas com a idade, constituem uma causa importante de sofrimento e angústia.

Como são as crises?

Perda dos sentidos, revira os olhos, fica com o corpo contraído e logo a seguir os braços e pernas começam a tremer. Depois de alguns segundos a minutos os movimentos param, o corpo fica mole e a criança adormece e acorda bem. Durante a crise pode ficar com os lábios roxos, espumar pela boca ou urinar.

O que fazer?

- *O mais difícil e o mais importante é não entrar em pânico.
- *Anotar as horas em que começou e terminou.
- *Não deve colocar nada na boca da criança.
- *Deite a criança de lado, num local seguro onde ela não se possa magoar.
- *Despir a criança e reduzir a temperatura ambiente
- *Não dar água ou medicação pela boca.

Bibliografia:

Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L., et al. (2016). *Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional*. Pensar Enfermagem Vol. 20 (N.º 2)
Direção-Geral da Saúde (2017). *Febre na Criança e no Adolescente: definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores*. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2017). *Convulsões Febris*.

Hospitalização

Se existir a necessidade de recorrer a um Serviço de Urgência existe a possibilidade de necessidade de internamento hospitalar.

Este pode ser um período de elevado stress e ansiedade, mas pode ser também uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento.

Os Pais/acompanhantes devem fazer o possível para diminuir os sentimentos de medo e ansiedade da criança, neste momento.

- * Participar nos procedimentos junto da criança, de forma a transmitir tranquilidade e apoio.
- * Preparar a criança, para procedimentos/internamento, de acordo com a idade/compreensão;
- * Utilizar o brincar/desenhar/contar histórias e falar sobre temas de interesse da criança;
- * Música/cantar pode ser uma forma de distração;
- * Ter sempre presente o brinquedo preferido/objeto de vinculação.
- * Não ameaçar a criança no dia-a-dia com ida ao hospital/com picas.

"Primeiro, preparem-se a vós próprios. Antes de poderem ajudar o vosso filho, precisam de dominar a vossa ansiedade (...). Perguntem quais os exames ou o tratamento a que irão submeter a criança. Façam o possível para estar com ela nos momentos críticos ou na altura de quaisquer actos dolorosos".

Brazelton (2005)

Febre na Criança



Realizado por:

Enf.^a Inês Barros (Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP)

Enf.^a Especialista [Redacted]

Dr.^a [Redacted] Interna de Pediatria

O que é que é a febre?

Considera-se febre perante os seguintes valores medidos de temperatura:

- a) Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- b) Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- c) Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- d) Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

A febre é uma doença?

Não é, por si só, uma doença. É uma manifestação do organismo, que combate as infeções e, por esse motivo, benéfica.

Quando as situações com febre são graves (cerca de 5% dos casos), existem sempre outras manifestações clínicas associadas que são os chamados “**sinais de alerta**”.



Sinais de Alerta

- * Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- * Face/olhar de sofrimento;
- * Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- * Choro inconsolável; não tolerar o colo;
- * Dor perturbadora;
- * Convulsão;
- * Respiração rápida com cansaço;
- * Vômitos repetidos entre as refeições;
- * Recusa alimentar completa superior a 12 horas; sede insaciável;
- * Lábios ou unhas roxas e/ou tremores intensos e prolongados na subida da temperatura;
- * Dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha;
- * Urina turva e/ou com mau cheiro.

Quando é que deve recorrer ao serviço de saúde?

- a) Se idade inferior a 3 meses de idade;
- b) Se idade inferior a 6 meses com temperaturas iguais ou superiores a $40,0^{\circ}\text{C}$;
- c) Se tiver temperaturas axilares superiores a $40,0^{\circ}\text{C}$ ou retais superiores a $41,0^{\circ}\text{C}$;
- d) Na presença de um ou mais “sinais de alerta”
- e) Se tem uma doença crónica grave;
- f) Se tem febre há 5 ou mais dias, ou se a febre reaparecer após 2 a 3 dias de temperaturas normais.

O que fazer?

- a) Oferecer água e/ou leite; respeitar o apetite;
- b) Se está confortável não é preciso baixar a temperatura, mas sim vigiar “sinais de alerta”
- c) Se está desconfortável, deve tomar um anti-pirético (que também é analgésico - alivia a dor); mas não se deve fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura;
- d) Se necessário, contactar o Centro de Contacto **SNS 24 (808 24 24 24)**.

Como dar medicamento para baixar a temperatura (Antipirético)?

- a) Utilizar preferencialmente o **Paracetamol** respeitando a prescrição médica;
 - b) O intervalo mínimo entre duas tomas é de 6 horas;
 - c) Poderá administrar-se **Ibuprofeno**. Não dar ibuprofeno nas seguintes situações: em idade inferior a 6 meses; na varicela; perante diarreia e vômitos moderados a graves.
- Não há necessidade, nem deve ser rotina, utilizar dois antipiréticos alternadamente. O antipirético é eficaz se baixar a temperatura de $1,0^{\circ}$ a $1,5^{\circ}\text{C}$ dentro de 2 a 3 horas.

Apêndice VII

**Relatório de Sessão Formativa dirigida aos
Enfermeiros em contexto de CSP**

**“Cuidados antecipatórios na Promoção da
Adaptação à doença e Hospitalização”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão

Clínica

Relatório da Sessão de Formação

“Cuidados antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”

Docentes:

Prof.ª Doutora Zaida Charepe

Discente:

Inês Queiroz de Barros, n.º 192017069

Enfermeira Orientadora:

Enfª Especialista [REDACTED]

LISBOA, JUNHO 2018

Índice

Introdução

1) Divulgação de Sessão Formativa.....	4
2) Plano de Sessão Formativa.....	5
3) Sessão Formativa “Cuidados Antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”	6
4) Questionário de Avaliação da Sessão Formativa	10
5) Avaliação da Sessão Formativa “Cuidados antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”	11
6) Conclusão	

Introdução

No decorrer do estágio em contexto de cuidados de saúde primário foi realizado uma sessão formativa intitulada *“Cuidados Antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”* à equipa de enfermagem. Apresenta-se o relatório da mesma através da folha de divulgação da sessão, do plano de sessão, dos diapositivos da própria apresentação, dos questionários de avaliação da sessão entregues à equipa de enfermagem, acompanhando por fim, da avaliação dos mesmos.

1) Divulgação de Sessão Formativa

Cuidados antecipatórios na promoção da adaptação à doença e hospitalização

Formadores:

Enf.ª Inês Barros (Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP)

Enf.ª Especialista [REDACTED]

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Data: 30.05.2018

Hora: 13h30

Local: Sala de Reuniões

2) Plano de Sessão Formativa

Título: Cuidados antecipatórios da adaptação da criança e da família à vivência da doença e da hospitalização.

Formador: Enf.ª Inês Barros. **Orientadora:** Enf.ª [REDACTED]

Data: 30.06.2018

Local: [REDACTED] - Sala de Reuniões

Duração: 20 minutos.

Fases	Conteúdo	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Slide Show; Computador.	2 Minuto
Desenvolvimento	Modelo de Adaptação de Roy Febre Convulsões Febris Hospitalização em idade pediátrica. Intervenções de Enfermagem na promoção da adaptação da criança e família à hospitalização. Cuidados antecipatórios.	Slide Show; Computador.	10 Minutos
Conclusão	Síntese da sessão e do tema. Esclarecer dúvidas. Divulgar folheto sobre o tema, deixado na USF.	Slide Show; Computador. Folheto criado pela Estudante.	3 Minutos
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.	Questionário	5 Minutos

3) Sessão Formativa: “Cuidados Antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”


 **Unidade Curricular: A Saúde da Criança e da Família – Vigilância e Decisão Clínica**

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS NA PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO

Enf^ª Inês Barros
Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Orientadora: Enf^ª Especialista [REDACTED]
Lisboa, Maio 2018



Objetivos

- Enquadrar o modelo de adaptação de Roy no processo de adaptação à vivência da doença e hospitalização.
 - Compreender a importância dos cuidados antecipatórios adaptação da criança e família à vivência da doença e hospitalização.
 - Conhecer cuidados de enfermagem no contexto abordado.
- 

Febre

DGE (2017)

Antipiréticos	O que fazer?
Utilizar preferencialmente o Paracetamol respeitando a prescrição médica.	Oferecer água e/ou leite; respeitar o apetite.
O intervalo mínimo entre duas tomas é de 6 horas.	Se estiver confortável não é preciso baixar a temperatura, mas sim vigiar "sinais de alerta".
Pode administrar-se Ibuprofeno . Não dar nas seguintes situações: em idade inferior a 6 meses; na varicela; perante diarreia e vômitos moderados a graves.	Se estiver desconfortável, deve tomar um antipirético; mas não se deve fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura.
Não há necessidade, nem deve ser rotina, utilizar dois antipiréticos alternadamente. O antipirético é eficaz se baixar a temperatura de 1,0º a 1,5ºC dentro de 2 a 3 horas.	Se necessário, contactar o Centro de Contacto SNS 24 (808 24 24 24) .

Investigação Comportamental e de Estímulos

- ∂ Identificar as respostas ineficientes ou adaptativas que necessitam intervenção.
- ∂ Investigar os estímulos externos e internos que podem estar a afectar esses comportamentos.

Medeiros, et al (2017)

Febre

Quando é que se deve recorrer a um serviço de saúde?

Se idade inferior a 3 meses de idade;

Se idade inferior a 6 meses com temperaturas iguais ou superiores a 40,0°C;

Se tiver temperaturas axilares superiores a 40,0°C ou retais superiores a 41,0°C;

Na presença de um ou mais "sinais de alerta"

DGS (2017)

Convulsões Febris

Uma em cada 20 crianças (5 %) têm convulsões acompanhadas de febre.

É uma convulsão que surge numa criança saudável, entre os 6 meses e os 6 anos de idade, na subida rápida da temperatura. São na maioria breves e frequentemente param sem qualquer intervenção. Apesar de serem situações benignas (não causam problemas a longo prazo) e relacionadas com a idade, constituem uma causa importante de sofrimento e angústia.

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, (2017)

Cuidados antecipatórios

Sublinhar a importância de não entrar em pânico.

Anotar horas de início e término na convulsão.

Não colocar nada ou dar água/medicação pela boca da criança (medicação pela via rectal).

Deitar a criança de lado, num local seguro onde ela não se possa magoar.

Despir a criança e reduzir a temperatura ambiente.

Intervenções de Enfermagem

Cuidados Antecipatórios

"Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde"

Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2015).

Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climapsi Editores. (2ª Edição). ISBN 972-8449-45-3
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L., et al. (2016). *Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional*. Pensar Enfermagem Vol. 20 (N.º 2) 26-47.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República n.º 149. I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). *Regulamento do Exercicio Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Diário da República, nº 205. I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-geral de Saúde (2017). Norma nº 017/2017 de 04/08/2017. *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Lisboa: 2017.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Orientação nº 015/2017 de 04/09/2017. *Febre na Criança e no Adolescente: definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores*. Lisboa: 2017.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 010/2013 de 31/05/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)*. Lisboa: 2013.
- Medeiros, L., et al. (2015). *Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz de teoria*. Rev Rene. 2015, 16(1):132-40.
- Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2017). *Convulsões Febris*. Consultado em 09 de Maio de 2018. Disponível em <http://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/convulsoes-febris>.
- Tremann, R., Gawieta, F., Rocha, D. (2009). *A Teoria de Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso*. Cogitare Enfermagem, 14 (3), 569-574. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16192>.

4) Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UNIDADE CURRICULAR: A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Título: “Cuidados antecipatórios na Promoção da Adaptação à Doença e Hospitalização”

Data: 30 de Maio de 2018

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo verificar junto da equipa de enfermagem, a eficácia da sessão de divulgação com o tema “Cuidados antecipatórios na Promoção da Adaptação à Doença e Hospitalização”.

Salienta-se o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados referentes ao presente questionário.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3- Sem opinião; 4 - Concordo; e 5 - Concordo totalmente, coloque em cada uma das seguintes afirmação um (X) na quadrícula correspondente à sua opinião.

Questões	1	2	3	4	5
O tema tratado na sessão de formação é relevante					
O tema foi apresentado de forma interessante					
O formador demonstra capacidade de comunicação					
O formador revelou conhecimentos sobre o tema					
Os meios audiovisuais foram adequados					
Os conteúdos abordados são pertinentes para a sua prática de cuidados					

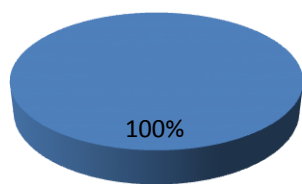
Comentários/ Sugestões

Obrigado, pela sua colaboração

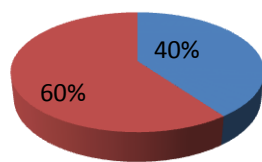
Fonte: Instrumento de avaliação adaptado do Instrumento de avaliação do contexto em CSP, gentilmente cedido pelo serviço.

5) Avaliação da Sessão Formativa “Cuidados antecipatórios na Promoção da Adaptação à doença e Hospitalização”

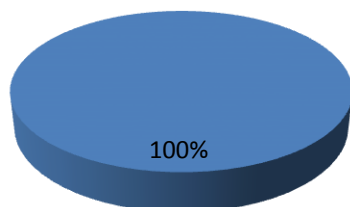
O tema tratado na sessão de formação é relevante



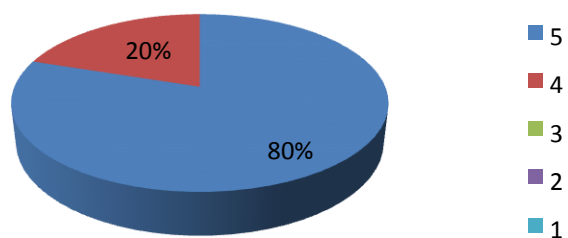
O tema foi apresentado de forma interessante



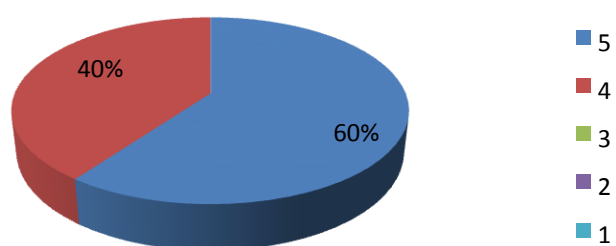
O formador demonstra capacidade de comunicação



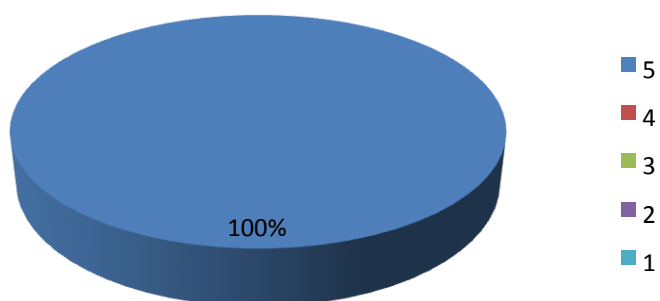
O formador revelou conhecimentos sobre o tema



Os meios audiovisuais foram adequados



Os conteúdos abordados são pertinentes para a sua prática de cuidados



6) Conclusão

Segundo os resultados obtidos pelos questionários de avaliação de sessão, demonstram que o tema tratado na sessão de formação é relevante, tendo tipo 100% de respostas 5 (Respostas de 0-5) e que os conteúdos abordados são pertinentes para a sua prática de cuidados tendo tipo 100% de respostas 5 (Respostas de 0-5). Avalia-se então a sessão como positiva e relevante na prática de cuidados de enfermagem e na divulgação de intervenções promotoras de adaptação à doença e hospitalização de crianças/jovens e família.

Apêndice VIII

Folheto Informativo dirigido aos pais em Contexto de CSP “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”

9 - 12 Meses

Gema de Ovo

Introduzir de forma gradual - **meia gema** cozida por semana passando gradualmente até ao máximo de 2 a 3 gemas semanais. Não consumir mais do que 1 gema em cada refeição.

A gema substitui a carne ou peixe na refeição.

A clara de ovo só deve ser iniciada aos 11 meses.

Leguminosas

Iniciar com o **feijão-frade, feijão branco ou preto, ervilha, fava, lentilha ou grão**, cozidos depois de previamente bem demolhados e inicialmente sem casca e em pequenas porções.

Iogurte (150-200ml / dia)

Ao lanche, natural, sem aromas nem aditivos (açúcar, mel ou natas), se necessário adicionado **a fruta fresca**.

Após 12 meses

Leite de vaca

Só deve ser iniciado aos 12 meses. O leite e derivados (iogurte, queijo) não devem ultrapassar os 500ml / dia.

Recomenda-se uma **dieta saudável**

- variada e equilibrada a toda a família!

Evitar os doces, fritos e refrigerantes e reduzir o sal na dieta familiar.



Água

Até aos 6 meses

Se aleitamento materno exclusivo, não é necessária a oferta de água.

6-9 Meses

Deverá ser oferecida, várias vezes por dia, em pequenas quantidades

Estão contra-indicados os chás, os sumos de fruta e os sumos artificiais.

Ao longo do 1º ano de vida, o bebé irá aprender a alimentar-se.

O leite materno em exclusivo até aos 6 meses é o alimento recomendado para todos os bebés.

Oferecer alimentos progressivamente mais consistentes irá estimular a aprendizagem da mastigação.

O momento da refeição é uma altura privilegiada para a vivência dos afetos em família, sendo a atenção, o diálogo, a paciência e o amor os ingredientes principais!

Alimentação

Primeiro ano de Vida



Realizado por:

Enf.ª Inês Barros (Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP)
Enf.ª [Redacted]
Dr.ª C. [Redacted]

Até aos 6 meses



Aleitamento materno

Pode ser mantido até aos 24 meses. É aconselhado em exclusivo durante os primeiros **6 meses de vida**.

São inúmeros os benefícios conhecidos do aleitamento materno na interação mãe-filho e para a saúde de ambos!

Aleitamento Artificial

Se não for possível manter o aleitamento materno este deve ser substituído por uma fórmula infantil que poderá ser oferecida em exclusivo até aos 6 meses.



Dos 4 aos 6 meses

Deve iniciar a **introdução de alimentos** que não o leite e de textura progressivamente menos homogênea, até à inserção na dieta familiar, que deverá ocorrer a partir dos 12 meses de idade



Não há regras rígidas, não há verdades absolutas.

Nunca antes dos 4 meses e preferivelmente cerca dos 6 meses.



Fonte: Ministério do Desenvolvimento do Nascimento do SGP, 7 de julho de 2012



Sopa

A primeira sopa deve ser feita com **batata e cenoura**.

Devem ser introduzidos outros legumes, de 3 em 3 dias, como a abobora, cebola, alho, alho francês, curgete, couve branca, **1 de cada vez**. (Alface, Brócolos após 8 meses)

Adicionar um fio de azeite após a cozedura.

Iniciar com uma dose diária (**exemplo: uma sopa ao almoço**).

Sem adição de sal! Oferecer à colher!

A beterraba, nabo, aipo, nabiça e o espinafre, só devem ser introduzidos após os 12 meses

Papa de Cereais

A primeira papa deverá ser sem glúten.

Lácteos: preparar com água;

Não lácteos: preparados com o leite utilizado pela criança. Uma dose por dia; uma refeição deve corresponder a cerca de 35-50 g de farinha.

Sem adição de açúcar! Oferecer à colher!



6 Meses

Carne: frango, peru ou coelho triturado no puré de legumes.

Peixe: Pescada ou linguado, solha ou faneca triturada no puré de legumes. O salmão só após os 10-12 meses.



Iniciar com 10 g aumentando gradualmente até 30 g = 1 colher de sopa/dia).

Fruta (Sem adição de açúcar ou mel)

Por volta do 6º mês, iniciar fruta fresca - maçã ou pêra (cozida, assada ou em vapor), banana, papaia, pêra-abacate e manga trituradas.

Oferecer cada fruta **individualmente**, não em puré de frutas, para melhor treino do paladar. Evitar os boiões de fruta.

12 meses: morango, amora, maracujá e kiwi, melão, meloa, ameixa amarela. Introduzir os citrinos (laranja, tangerina).

24 meses: Frutos Vermelhos (cerejas, framboesas, ameixas vermelhas) e os frutos secos em quantidade moderada e partidos/triturados.

7 Meses

- * Deve fazer **5 a 6 refeições por dia**
- * Uma refeição de sopa com carne ou peixe e fruta.
- * Uma refeição com sopa e fruta
- * Uma refeição de papa (2/2dias)
- * As restantes refeições são leite.
- * São aconselhadas 4 refeições de carne e 3 de peixe por semana.

Pão

Oferecer pão em pequenas quantidades para treino da mastigação.



8 Meses

Uma das refeições de carne ou peixe podem ser preparadas em prato com **arroz ou massa**, sempre acompanhadas de legumes.

Apêndice VIII

Folheto Informativo dirigido aos Pais em Contexto de SUP

“Choro nos primeiros meses de Vida”

Os Pais podem aprender a identificar as necessidades do bebê ouvindo, atenciosamente, os seus choros e aprendendo a olhar para ele nesses momentos.

Seabra (2009)



<https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Sono/noticia/2017/04/sono-do-bebe-27-mitos-e-verdades.html>



Fonte: <https://stylowi.pl/20264036>

Referências Bibliográficas:

- * García, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A., et al (s.d.). Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica, p. 65.
- * Murahovschi (2003) Cólicas do lactente. *Jornal de Pediatria*. Vol. 79, Nº2.
- * Seabra, J. (2009). O Choro do Bebê. Disponível em: www.psicologia.com.pt.
- * Revista Crescer. (2018) Cólica em bebê: por que acontece e como aliviar. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Cuidados-com-o-recem-nascido/noticia/2017/08/colica-em-bebe-por-que-acontece-e-como-aliviar.html>.

Realizado por:

Enf.ª Inês Barros (Estudante da Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da UCP)

Urgência de Pediatria

Choro nos primeiros meses de vida



Fonte: <http://lilo.com.br/bebe/cuidados-com-recem-nascido/descubra-o-significado-do-choro-do-bebe/>

O Choro

O choro é a ferramenta de comunicação que os bebês utilizam para chamar a atenção dos cuidadores das suas necessidades.

Porque chora o seu bebê?



<http://www.bloggaodegente.com.br/bebe/tipos-de-choro-bebe/>

Como aliviar as cólicas?

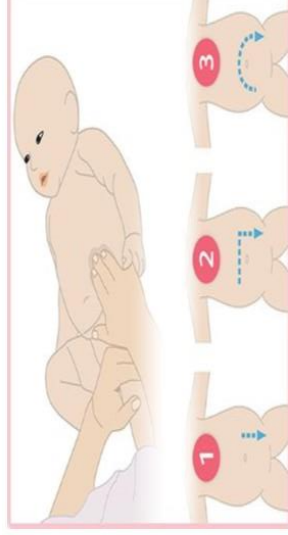


Episódios de choro súbito, inexplicado e inconsolável.

"Regra dos 3": duram pelo menos 3 horas, ocorrem pelo menos 3 dias por semana e pelo menos 3 semanas seguidas; desaparecem aos 3 meses.

Geralmente ao fim da tarde e início da noite (19-23 horas).

- * Manter-se tranquilo para acalmar o bebê.
- * Deitar de bruços e embalar nos braços.
- * Colocar a barriga do bebê em contato com o seu abdômem.
- * Colocar um pano/compressas mornas (nunca encoste a superfície quente diretamente na pele).
- * Promova um ambiente tranquilo.
- * A sucção da mamada estimula as contrações intestinais, o que pode agravar as dores.
- * Realizar **massagens circulares** no abdômen no sentido dos ponteiros do relógio e ao redor do umbigo, com creme/ óleo de amêndoas doces.
- * Exercícios com as pernas, deitando o bebê de costas e flexionar as suas pernas sobre o abdômen.



<https://br.pinterest.com/pin/161285230390398074/>

Apêndice IX

Guia de Acolhimento ao SUP à Criança com necessidade de Internamento e aos seus Acompanhantes



Urgência de Pediatria

Acolhimento à Criança com necessidade de Internamento e aos seus Pais/Acompanhantes



Fonte: <https://stylowi.pl/20264036>

“Primeiro, preparem-se a vós próprios. Antes de poderem ajudar o vosso filho, precisam de dominar a vossa ansiedade (...). Perguntem quais os exames ou o tratamento a que irão submeter a criança. Façam o possível para estar com ela nos momentos críticos ou na altura de quaisquer actos dolorosos”.

Brazelton (2005)

Serviço de Observação Pediátrica



Fonte: <https://stylowi.pl/20264036>

Acompanhamento da Criança

A presença dos pais durante o internamento da criança é muito importante para o seu bem estar e recuperação, assim como a sua participação nos cuidados.

- Um dos pais pode acompanhar a criança **24 horas** e o segundo acompanhante pode permanecer das **8h às 23h**.
- Os dois acompanhantes deverão ser os mesmos durante o tempo do Internamento, não existindo, neste serviço, a possibilidade de outras visitas/Trocas.

Cada criança tem a sua unidade pelo que os pais devem permanecer junto dela e não devem mexer nas unidades das outras crianças. Pede-se que não se sentem/deitem nas camas. Os monitores e os alarmes são responsabilidade dos profissionais de saúde, podendo assim, os pais dedicar toda a sua atenção à sua criança.

Se se ausentar, por favor, puxe as grades da cama para cima e avise os profissionais, de modo a deixar a sua criança em segurança.

Pede-se que se promova um ambiente tranquilo no SOPed, permitindo que as crianças internadas descansem e recuperem o seu estado de saúde.

Telemóveis: Pede-se que mantenham os telemóveis sem som e que não falem ao telefone dentro do SOPed.

Alimentação: Não dê qualquer tipo de alimento à criança internada sem autorização prévia da equipa de saúde, e nunca às outras crianças.

Não é permitido, aos acompanhantes, comer ou beber (excepto água) no SOPed.

Passagem de Turno: Pede-se que respeite o horário da passagem de turno, excepto em necessidade urgente, de forma a assegurar a continuidade de cuidados. Caso, necessário, solicite apoio de um Assistente Operacional.

Horário da Passagem de Turno: 8-8h30; 15-15h30; 22h30-23h.

Obrigado pela vossa colaboração,
Equipa do SOPed

Se existir a necessidade de internamento hospitalar da sua criança, é importante recordar que este pode ser um período de elevado stress e ansiedade, mas pode ser também, uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento.

Os pais/accompanhantes devem fazer o possível para diminuir os sentimentos de medo e ansiedade da criança, neste momento.

Se tiver alguma dúvida/preocupação não hesite em expô-la aos profissionais de saúde, num momento oportuno para estes (... sugere-se que pergunte: quanto tiver um momento, gostaria de falar sobre uma coisa.)

Desta forma, existem algumas estratégias que pode utilizar para melhorar a vivência deste momento:

- Participar nos procedimentos junto da criança, de forma a transmitir tranquilidade e apoio à criança.

- Preparar a criança, para procedimentos/internamento, de acordo com a idade/compreensão;
- Não mentir sobre a necessidade dos mesmos.

- Ter sempre presente o brinquedo preferido/objecto de vinculação.
- Não ameaçar a criança no dia-a-dia com ida ao hospital/com picas.

- Utilizar o brincar/desenhar/contar histórias e falar sobre temas de interesse da criança;
- Ouvir Música/cantar pode ser uma forma de distração.

Apêndice X

Análise Reflexiva

Serviço de Urgência de Pediatria



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Análise Reflexiva

- Urgência de Pediatria -

Docentes:

Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Discente:

Inês Queiroz de Barros, n.º 192017069

Enfermeira Orientadora:

Enf^a Especialista [REDACTED]

LISBOA, OUTUBRO 2018

No decorrer do estágio realizado em contexto da unidade curricular Estágio e relatório, que decorreu na Urgência de Pediatria do [REDACTED] (contexto de trabalho), surgiu a necessidade de realizar uma análise reflexiva sobre o impacto que as intervenções de enfermagem desempenham na promoção de uma adaptação eficaz à hospitalização.

Para Barros (2003) a preparação da hospitalização é essencial para diminuir as manifestações de ansiedade e problemas de comportamento, para prevenir outras perturbações do desenvolvimento ou no relacionamento familiar. Johnson, et al (2006) sugere como intervenção de enfermagem para a promoção de uma adaptação à hospitalização os cuidados na admissão/ acolhimento. Esta intervenção na gestão emocional deverá partir dos enfermeiros, e deverá ser realizada o mais precocemente possível, visto ser um momento de especial ansiedade e vulnerabilidade para a criança e para a sua família. (Diogo et al, 2016) É, assim, necessário preparar pais e crianças explicando as regras e condições do serviço. A informação objetiva e concreta sobre situação stressante facilita o confronto, permitindo aumentar a previsibilidade, e aumentar a capacidade o indivíduo para compreender e interpretar a experiência. (Barros, 2003)

Deste modo, elaborei no projeto de estágio, o objetivo geral: contribuir para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem que promovam a adaptação à hospitalização da criança/jovem e família, e como objetivo específico: Desenvolver cuidados antecipatórios promotores de adaptação à doença e à hospitalização da criança/jovem e família, através do desenvolvimento do guia de acolhimento à hospitalização da criança/jovem e família, partindo da Urgência de Pediatria, de forma a, implementar intervenções de enfermagem, focando nos modelo adaptativos fisiológico e função de papel da Teoria da Adaptação de Roy (Tremarin, Gawleta, Rocha, 2009), que visem, assim, diminuir a ansiedade relacionada com a hospitalização e promover a adaptação ao papel parental na adaptação à hospitalização.

Assim, foram desenvolvidos guias específicos para cada unidade de internamento pediátrico, incluindo o serviço de observação de urgência. No decorrer do estágio, ao desenvolver esta estratégia, foi possível experienciar uma evolução positiva na reação das crianças e dos seus pais/acompanhantes, no momento do impacto com a necessidade de hospitalização.

Refletindo sobre num momento específico em que foi utilizada esta intervenção de enfermagem a M, é uma criança de 6 meses, com necessidade de internamento por intolerância alimentar com perda ponderal, que estava na urgência acompanhada pela mãe, que se encontrava muito ansiosa e chorosa. Esta intervenção foi realizada na sala de vigilância onde a criança e a mãe se encontravam sozinhas. Foi chamado o pai, que aguardava na sala de espera. Primeiramente, comecei por me apresentar, e explicar o motivo daquele encontro. A mãe da M. explicou-me que sabia que seria necessário a M. ficar internada a realizar soroterapia, mas que não sabia onde seria internada, e que a assustava não saber se poderia permanecer com a filha durante o mesmo. Através do guia de acolhimento, falei sobre o serviço de observação, que pertence à urgência, explicando que um dos pais pode permanecer 24 horas (sendo que o outro, só não pode estar presente no período noturno), e que é incentivado que prestem cuidados, como fariam em casa, de forma, a criança estar permanentemente na presença de alguém que lhe transmita conforto e segurança. Foi também reforçado, que os profissionais estão presentes para apoiar a criança e os pais, durante todo o internamento, estando disponíveis para dúvidas que surjam, ou apoio que precisem. Este reforço tranquilizou a mãe, que referiu ter medo, de não conseguir prestar cuidados sozinha, devido à nova situação em que a filha se encontrava.

No final, ambos os pais, concordaram que deixar o guia de acolhimento tinha sido importante, pois demonstrava que a sua ansiedade e medos eram compreendidos pelos profissionais, e deixava claro que tinham espaço e disponibilidade para abordá-los sobre os mesmos, e que para além disso, no momento do acolhimento, podiam não ter capacidade de processar toda a informação dada, e que o fato de se encontrar escrito, era facilitador para a experiência.

A entrega destes guias foi, também, uma estratégia útil aos enfermeiros da urgência pediátrica, tendo sido bem recebido, e utilizado, de forma a, estruturar o encontro programado de cuidado à admissão. Este foi também, usado por outros profissionais de saúde, com equipa médica.

Em suma, a utilização desta estratégia na intervenção de enfermagem de cuidado na admissão, permite programar um encontro entre enfermeiro, criança/família, mais estruturado que o que acontecia até ao momento, num

ambiente tranquilo, de demonstração de disponibilidade e escuta ativa, com o objetivo de esclarecer, desmistificar ideias, apoiar neste momento de crise, dando à família estratégias para superar a mesma, de forma positiva.

Com o objetivo de melhorar a adaptação à hospitalização das crianças e famílias, julgo que seria importante existir um espaço apropriado para reunir e um rácio de enfermeiros que permitisse despende tempo suficiente para tornar esta intervenção de gestão emocional mais eficaz.

Bibliografia

- Diogo, P; Vilelas, J; Rodrigues, L, et al. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. Pensar Enfermagem Vol. 20 (N.º 2) 26-47
- Barros, L (2003). Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista. Lisboa: Climepsi Editores. (2ª Edição). ISBN 972-8449-45-3
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed.
- Ordem do Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tremarin, R., Gawleta, F., Rocha, D. (2009). A Teoria da Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso. Cogitare Enfermagem, 14 (3), 569-574.

Apêndice XI

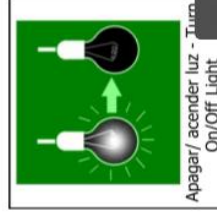
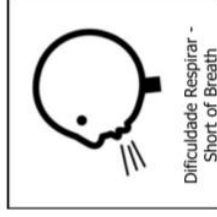
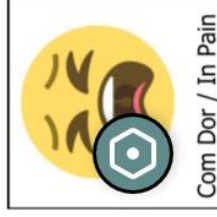
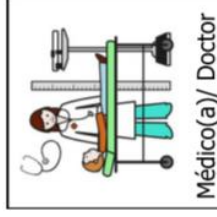
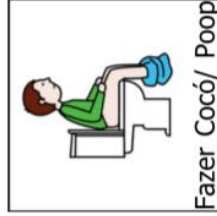
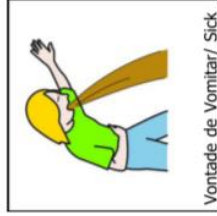
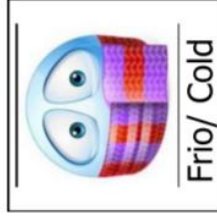
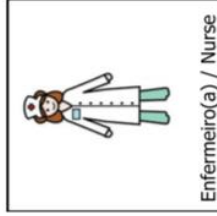
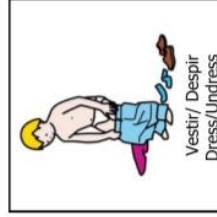
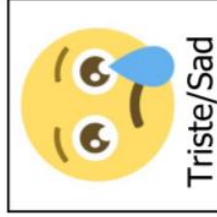
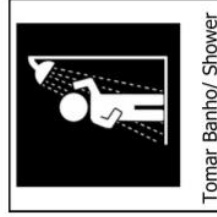
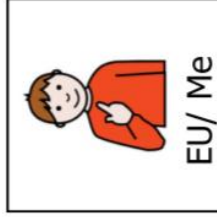
Proposta de Tabela de Comunicação Aumentativa/Alternativa e Documento Guia em contexto de SUP

Urgência de Pediatria

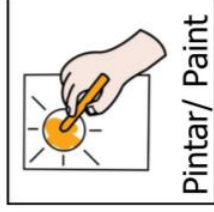
Pessoas
—
People

Eu Sinto
—
I Feel

Eu Quero
—
I Want



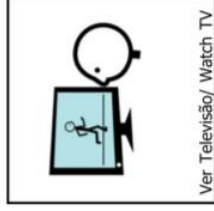
Urgência de Pediatria



Pintar/ Paint



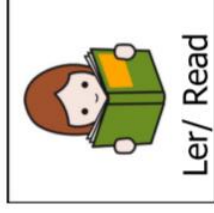
Brincar/ Play



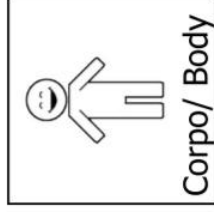
Ver Televisão/ Watch TV



Jogar Telemóvel / Play Mobile Phone



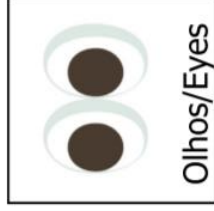
Ler/ Read



Corpo/ Body



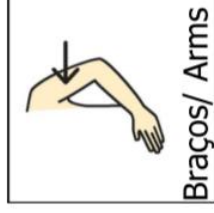
Cabeça/Head



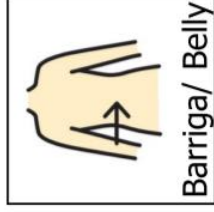
Olhos/Eyes



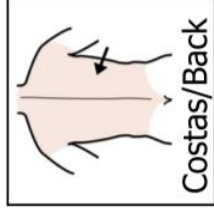
Mão /Hand



Braços/ Arms



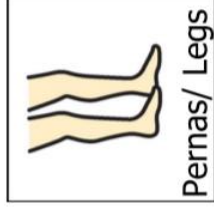
Barriga/ Belly



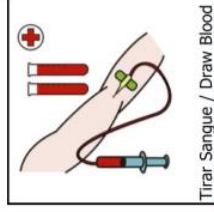
Costas/Back



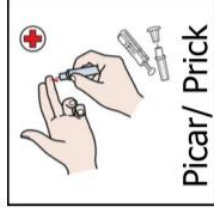
Genitais/Genitals



Pernas/ Legs



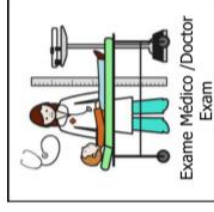
Tirar Sangue / Draw Blood



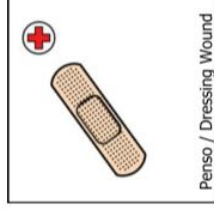
Picar/ Prick



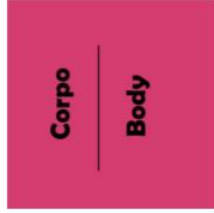
Cirurgia /Surgery



Exame Médico /Doctor Exam



Penso / Dressing Wound



Corpo
Body



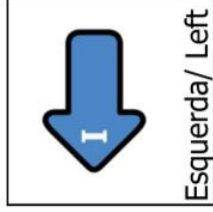
Procedimentos
Procedures



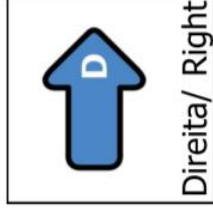
Sim
Yes



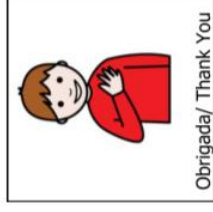
Não
No



Esquerda/ Left



Direita/ Right



Obrigada/ Thank You

Comunicação Aumentativa/Alternativa

Tema: Comunicação aumentativa/alternativa no Serviço de Urgência.

Objetivo: Estabelecer estratégias promotoras de uma comunicação eficaz entre criança/jovem e o enfermeiro através de técnicas de Comunicação aumentativa/alternativa.

Justificação: No Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, a Ordem dos Enfermeiros (2011) afirma que o exercício do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem é centrado na filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes. Os cuidados de enfermagem implicam assim, o estabelecimento de estratégias para a promoção de uma comunicação efetiva entre a equipa de enfermagem e a criança. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2010) cita também a competência “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento” como central no cuidado de enfermagem à criança e sua família.

Visto isto, torna-se necessário desenvolver estratégias de comunicação para potenciar os cuidados à criança hospitalizada. Crianças que sentem dificuldade na comunicação experienciam altos níveis de ansiedade, especialmente em ambientes desconhecidos. É por isso, importante que se implementem estratégias que reduzam o *stress* causado pelos mesmos.

Desta forma, surge a relevância da utilização de estratégias de comunicação aumentativa, que segundo Sousa (2012), se utilizam quando a comunicação de um indivíduo não é suficiente para se fazer compreender, através de sistemas constituídos por símbolos ou conjuntos de símbolos. **Estes símbolos têm o potencial para serem usados por todas as crianças com dificuldades de linguagem e comunicação e por aqueles que não falam o idioma local.**

Esta tabela/aplicação de comunicação aumentativa no serviço de urgência permitiria um sistema de comunicação funcional, facilitador no processo de comunicação entre profissionais de saúde e a criança internada, melhorando a adaptação da criança à hospitalização e reduzindo a ansiedade e frustração, proporcionando-lhe bem-estar.

Localização: Serviço de Urgência Pediatria [REDACTED]

Recursos necessários: Tabela de Símbolos ou Dispositivo informático tipo Tablet e aplicação de comunicação aumentativa.

Equipa: Equipa multidisciplinar.

Bibliografia:

- ∞ Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ∞ Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ∞ Sousa, C. (2012). Comunicação Aumentativa. Leiria: Offsetlis, Lda.

Realizado por:

- ∞ Enf^a Inês Barros (Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa)
- ∞ Enf^a [REDACTED] (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Apêndice XII

Avaliação da Intervenção “Tabela de Comunicação Aumentativa”

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO

- URGÊNCIA DE PEDIATRIA -

Questionário de Avaliação da Implementação da Tabela de Comunicação Aumentativa/Alternativa

Título: “Comunicação aumentativa/alternativa no Serviço de Urgência”

Data: Outubro de 2018

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo verificar junto da equipa de saúde, a importância que estes atribuem à implementação de estratégias promotoras de uma comunicação eficaz entre criança/jovem e os profissionais de saúde, através de uma tabela de Comunicação aumentativa e alternativa.

Salienta-se o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados referentes ao presente questionário.

Coloque em cada uma das seguintes afirmações um (X) na quadrícula correspondente à sua opinião.

Questões	Sim	Não
O tema da Comunicação Aumentativa/Alternativa é relevante para os cuidados prestados na Urgência de Pediatria.		
A justificação do tema está apresentada de forma explícita.		
A Tabela de comunicação aumentativa está estruturada de forma adequada.		
Esta estratégia será pertinente para a sua prática de cuidados.		

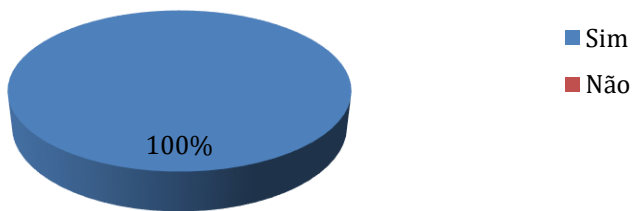
Comentários/ Sugestões

Obrigado, pela sua colaboração

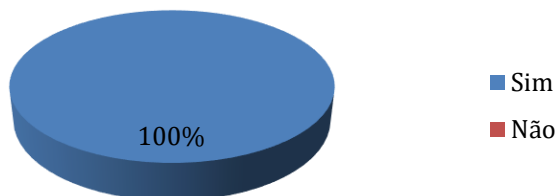
Avaliação da Implementação da Tabela de comunicação Aumentativa/alternativa

Questões	Sim	Não
O tema da Comunicação Aumentativa/Alternativa é relevante para os cuidados prestados na Urgência de Pediatria.	15/15	0/15
A justificação do tema está apresentada de forma explícita.	15/15	0/15
A Tabela de comunicação aumentativa está estruturada de forma adequada.	15/15	0/15
Esta estratégia será pertinente para a sua prática de cuidados.	14/15	1/15

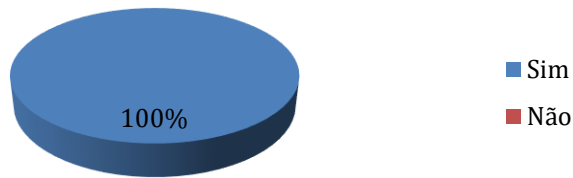
O tema tratado na sessão de formação é relevante



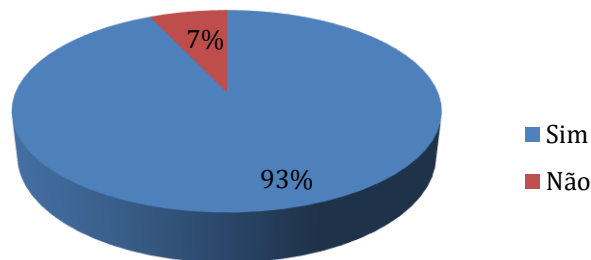
A justificação do tema está apresentada de forma explícita.



A Tabela de comunicação aumentativa está estruturada de forma...



Esta estratégia será pertinente para a sua prática de cuidados.



Comentários/Sugestões:

- 1) Possibilidade de existir um instrumento igual, ao apresentado mas noutros idiomas.
- 2) Considero a tabela estruturada bastante relevante principalmente com vista à melhoria dos cuidados humanizados e personalizados mesmo quando a comunicação verbal está diminuída.

Apêndice XIII

Questionário de Diagnóstico de Situação UCN



MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO

Unidade de neonatologia - [REDACTED]

Questionário de Diagnóstico de Situação

Título: “Diários de Esperança: Vitórias e conquistas da criança e Planeamento do Futuro”

Data: Outubro 2018

O presente questionário decorre da experiência de estágio, integrante do mestrado em enfermagem com área de especialização em saúde infantil e pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo verificar junto da equipa de enfermagem, a pertinência da utilização de “Diários de Esperança: vitórias e conquistas e planeamento do futuro”, no sentido de promover a adaptação à hospitalização de pais de crianças internadas na unidade de Neonatologia.

Salienta-se o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados.

Numa escala de 1 a 4, sendo 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; e 4 - Concordo totalmente, coloque nas seguintes afirmações um (X) na quadrícula correspondente.

Questões	1	2	3	4
O tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na unidade de Neonatologia.				
A promoção da esperança é uma forma importante de promover a adaptação dos pais de crianças internadas na unidade.				
A realização de uma sessão de divulgação à equipa de enfermagem sobre este tema seria relevante para a sua prática de cuidados.				
Julga que a estratégia de “Diários de Esperança” será pertinente para a sua prática de cuidados.				

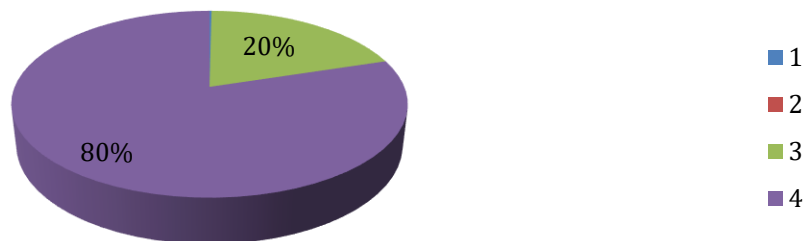
Comentários/ Sugestões

Obrigado, pela sua colaboração

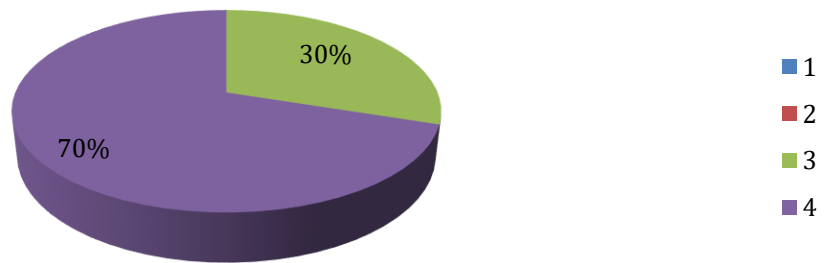
Questionário de Diagnóstico de Situação
Unidade de Neonatologia – [REDACTED]

Questões	1	2	3	4
O tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na unidade de Neonatologia.	0/10	0/10	2/10	8/10
A promoção da esperança é uma forma importante de promover a adaptação dos pais de crianças internadas na unidade.	0/10	0/10	3/10	7/10
A realização de uma sessão de divulgação à equipa de enfermagem sobre este tema seria relevante para a sua prática de cuidados.	0/10	0/10	5/10	5/10
Julga que a estratégia de “Diários de Esperança” será pertinente para a sua prática de cuidados.	0/10	0/10	8/10	2/10

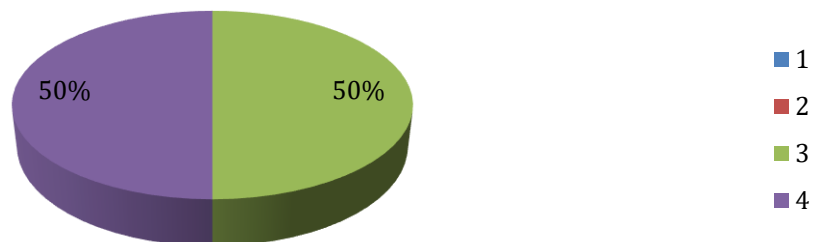
O tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na unidade de Neonatologia.



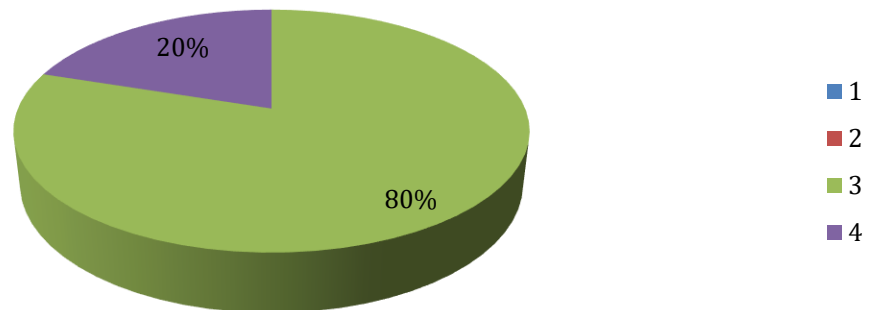
A promoção da esperança é uma forma importante de promover a adaptação dos pais de crianças internadas na unidade.



A realização de uma sessão de divulgação à equipa de enfermagem sobre este tema seria relevante para a sua prática de cuidados.



Julga que a estratégia de “Diários de Esperança” será pertinente para a sua prática de cuidados.



Apêndice XIV

Diário de Esperança dirigido aos Pais em contexto de UCN & Instrumento Avaliativo: Escala de Esperança

DIÁRIO DE ESPERANÇA



Nome do(a) bebé

A equipa de saúde sabe que a Hospitalização de um recém-nascido numa unidade de neonatologia pode ser um evento especialmente stressante para os pais, podendo estes, experienciar sentimentos de choque, preocupação e ansiedade.

Neste sentido, a equipa clínica encontra-se disponível para vos apoiar, para promover a sua relação com o seu recém-nascido e para esclarecer as suas dúvidas.

Este Diário de Esperança é uma proposta para os pais de crianças internadas nesta unidade, que pretende celebrar as conquistas e habilidades da criança, conduzindo à perceção de que esta poderá ser a sua fonte de esperança.



Olá Papás!

O meu nome é _____

Nasci no dia _____ às _____

Tinha _____ semanas e _____ dias.

Pesava _____ e media _____ cm.

São várias as coisas que me caracterizam, entre as quais:

O MEU SÍMBOLO DE ESPERANÇA

DESENHE UM SÍMBOLO OU UMA IDEIA QUE LHE TRANSMITA ESPERANÇA OU FORÇA.



OS PROGRESSOS E CONQUISTAS DO(A) MEU (MINHA) FILHO(A)

COLECIONE AS SUAS PEQUENAS VITÓRIAS.

Data:

Data:

Data:

Data:

UM DIA COM O (A) MEU (MINHA) FILHO(A)

PLANEIE UM DIA PERFEITO COM O(A) SEU (SUA) FILHO(A).

UM DIA COM O (A) MEU (MINHA) FILHO(A)

RECORDE COM UMA FOTOGRAFIA O DIA PERFEITO COM O(A) SEU (SUA) FILHO(A).



Unidade de Neonatologia

Elaborado por:

Enfª Inês Barros (Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica UCP)

Enfª [REDACTED] Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo.				
3. Eu sinto-me muito sozinho (a)				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do futuro.				
7. Eu consigo lembrar-me de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu sinto-me muito forte				
9. Eu sinto-me capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que a minha vida tem valor e utilidade.				

Apêndice XV

**Relatório de Sessão Formativa dirigida à
equipa de enfermagem e contexto de UCN**

***“Intervenções de Enfermagem Promotoras de
Esperança na Adaptação à Hospitalização.”***



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Relatório de sessão Formativa
“Intervenções de Enfermagem
Promotoras de Esperança na Adaptação
à Hospitalização”

Docentes:

Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Discente:

Inês Queiroz de Barros, n.º 192017069

Enfermeira Orientadora:

Enf.^a Especialista [REDACTED]

LISBOA, NOVEMBRO 2018

Índice

Introdução

1) Divulgação de Sessão Formativa.....	4
2) Plano de Sessão Formativa.....	5
3) Sessão Formativa: “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização”	6
5) Avaliação da Sessão Formativa	16
6) Conclusão.....	22
7) Referências Bibliográficas.....	23

Introdução

No decorrer do estágio realizado em contexto da unidade curricular Estágio e Relatório, que decorreu na Unidade de Neonatologia no [REDACTED] foi realizado uma sessão de formação intitulada *“Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização”* dirigida à equipa de enfermagem. Apresenta-se o relatório da mesma através da folha de divulgação da sessão, do plano de sessão, dos diapositivos da própria apresentação, dos questionários de avaliação da sessão entregues à equipa de enfermagem, acompanhando por fim, da avaliação dos mesmos.

1) Divulgação de Sessão Formativa

Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização

Formadores:

Enf.ª Inês Barros (Estudante da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP)

Enf.ª Especialista [REDACTED]

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Data: 08.11.2018

Hora: 16H

Local: Sala de Trabalho

2) Plano de Sessão Formativa

Título: Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização.

Formador: Enf.ª Inês Barros. **Orientadora:** Enf.ª [REDACTED]

Data: 8.11.2018

Local: Unidade de Neonatologia – Sala de Trabalho

Duração: 12 minutos

Fases	Conteúdo	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Slide Show; Computador.	1 Minuto
Desenvolvimento	Modelo de adaptação de Roy. Hospitalização numa Unidade de Neonatologia. Diagnóstico de Enfermagem. Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na adaptação à Hospitalização. <ul style="list-style-type: none">• Promoção de Esperança• Diário de Esperança Avaliação – Escala Esperança	Slide Show; Computador.	7 Minutos
Conclusão	Síntese da sessão e do tema. Esclarecer dúvidas. Divulgar Diários de esperança.	Slide Show; Computador. Diário Esperança criado.	2 Minutos
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.	Questionário	2 Minutos

3) Sessão Formativa: “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização”



Enfª Inês Barros

Orientadora: Enfª Especialista [REDACTED]

8 de Novembro 2018



Índice

- Objetivos
- Modelo de adaptação de Roy
- Hospitalização
- Diagnóstico de Enfermagem
- Intervenções de Enfermagem
 - Promoção de Esperança
 - Diário de Esperança
- Avaliação
- Referências Bibliográficas

Objetivos

- Enquadrar o modelo de adaptação de Roy no processo de adaptação à hospitalização.
- Conhecer intervenções de Enfermagem promotoras da esperança, na adaptação à hospitalização, de pais de crianças internadas numa unidade de Neonatologia.

Modelo de adaptação de Roy

- ∂ Indivíduo como sistema capaz de se adaptar;
- ∂ Padrão de saúde alterado: necessidades adaptativas dos indivíduos;
- ∂ Nível de adaptação: influenciado pelo desenvolvimento do indivíduo e o uso de mecanismos de enfrentamento.



Meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência)

Hospitalização

A hospitalização de um recém-nascido numa neonatologia é um evento especialmente *stressante* para os pais, podendo estes experienciar sentimentos de choque, preocupação e ansiedade.

Abuidhail et al (2018)

Hospitalização

Fontes de Stress

- Tamanho da criança e a sua aparência;
- Dispositivos circundantes;
- Tratamentos;
- Alteração no papel parental;
- Separação da criança por longos períodos;
- Adaptação ao ambiente da Unidade (*stressante*, barulhento, estranho e assustador).

Abuidhail et al (2018)

Hospitalização

Alteração do papel parental

- Incapacidade de proteger o bebê da dor;
- Incapacidade de fornecer tratamento adequado à dor;
- Ansiedade;
- Perda de controlo;
- Medo;
- Incerteza e preocupações com o futuro.

Abuidhail et al (2008)

Diagnóstico de Enfermagem



Lays, et al (2015) & Johnson, et al (2008)

Intervenções de Enfermagem

- ∂ Cuidados centrados na família (Estratégias de humanização e cuidados não traumáticos);
- ∂ Gestão de medos (Gestores emocionais);
- ∂ Capacitar os pais/família para participarem positivamente nos cuidados reduzindo o medo, a ansiedade e o stress. (Promoção do papel parental)

Diogo, et al (2016)

Promoção da Esperança

- O Enfermeiro estabelece com o RN e pais uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da transição para a parentalidade, “promovendo a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)
- Estratégias promotoras de esperança tem impacto na adaptação à hospitalização de pais de Recém-nascidos internados em Neonatologia, visto que, manter a esperança apresenta-se como uma importante estratégia para enfrentar as adversidades, minimizar o medo e a ansiedade. (Sposito, et al, 2018)


Diários de Esperança

- A Esperança é um “fenômeno amplo e multidimensional, entendido como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas. Está associada ao bem-estar psicológico dos pais, e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento” (Charepe, 2014).
- **Transformação Pessoal Positiva:** “Reformulação dos recursos internos dos pais, que possibilita a mudança de perspectiva na forma como (...) valoriza as conquistas e habilidades da criança, conduzindo à percepção de que a mesma é a sua fonte de esperança”. (Charepe, 2014).

Diários de Esperança

<p>DIÁRIO DE ESPERANÇA</p>  <p>nome do(a) pai(a)</p>	<p>A equipe de saúde sabe que a Hospitalização de um recém-nascido numa unidade de neonatologia pode ser um evento especialmente estressante para os pais, podendo estas experienciar sentimentos de choque, preocupação e ansiedade.</p> <p>Neste sentido, a equipe clínica encontra-se disponível para vos apoiar, para promover a sua relação com o seu recém-nascido e para esclarecer as suas dúvidas.</p> <p>Este Diário de Esperança é uma proposta para os pais de crianças admitidas nesta unidade, que pretende celebrar as conquistas e habilidades da criança, conduzindo à percepção de que esta poderá ser a sua fonte de esperança.</p>	 <p>Olá Papás!</p> <p>O meu nome é</p> <p>Nasci no dia às</p> <p>Tinha semanas e dias.</p> <p>Pesava e media cm.</p> <p>São várias as coisas que me caracterizam, entre as quais</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--	--

Diários de Esperança

<p>O MEU SÍMBOLO DE ESPERANÇA</p> <p>DESENHE UM SÍMBOLO QUE LEMBE A TI O QUE LHE TRANSMITE ESPERANÇA OU FORÇA.</p> 	<p>OS PROGRESSOS E CONQUISTAS DO(A) MEU(MINHA) FILHO(A)</p> <p>COLECIONE AS SUAS PEQUENAS VITÓRIAS.</p> <p> <input type="text"/></p> <p>Data:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Data:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Data:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Data:</p> <p></p>	<p>UM DIA COM O(A) MEU(MINHA) FILHO(A)</p> <p>RELATE UM DIA RESPECTO COM O(A) SEU(SUA) FILHO(A)</p> 
--	--	--

Avaliação

- Utilização de Escala de Esperança de Herth.
- Registo das acções realizadas e reacção/feedback demonstrado.

Referências Bibliográficas

- Abuidhail, J., Al-Motlaq, M., & Salameh, T. (2016). The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. *The Journal of Nursing Research*.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crônica: modelos de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.
- Douplik, S., Hill, D., Palakshappa, D., & Worsley, D. (2017). Parent Coping Support Interventions during Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 140 (3).
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora. (4ª edição).
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). *Ligações entre NANDA, NIC e NIC*. Porto Alegre: Artmed.
- Lays, M., Souza, M., Sena, J., & al, e. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*, 16 (1), pp. 132-140.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Saini, N., Vena, S., Arora, S., & Khan, F. (2017). Roy's Adaptation Model: Effect of Care on Pediatric Patients. *Int J Nurs Midwif Res*, 4 (1), pp. 52-60.
- Sposito, A., Silva-Rodrigues, F., Sparapani, V., Pfeifer, L., Lima, R., & Nascimento, L. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 0, pp. 1-9.
- Tremanin, R., Gawlata, F., Rocha, D. (2009). A Teoria da Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso. *Cogitare Enfermagem*, 14 (3), 569-574.

4) Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Título: “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização”

Data: Outubro de 2018

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo verificar junto da equipa de enfermagem, a opinião sobre a sessão de divulgação e sobre a importância que atribuem à implementação de estratégias promotoras de Esperança na Adaptação à Hospitalização através de Diários de Esperança.

Por favor assinale com (X) a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado	Não Aplicável
1	2	3	4	5	N/A

Como avalia:

1. Ação de Formação em Geral

- Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades.
- Adequação da duração da ação.
- Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas.
- Qualidade de ação relativamente às melhores ações já frequentadas.

1	2	3	4	5	N/A

2. Conteúdo da ação de Formação

- a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual.
- b. Qualidade da abordagem do tema.
- c. Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados.
- d. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos.

1	2	3	4	5	N/A

3. Formador

- a. Definição inicial dos objetivos.
- b. Domínio demonstrado do tema.
- c. Exposição clara e precisa do conteúdo.
- d. Motivação e incentivo à participação.

1	2	3	4	5	N/A

Pontos Fortes:

Pontos a melhorar/Sugestões:

Fonte: Instrumento de avaliação adaptado do Instrumento de avaliação do contexto em UCN, gentilmente cedido pelo serviço.

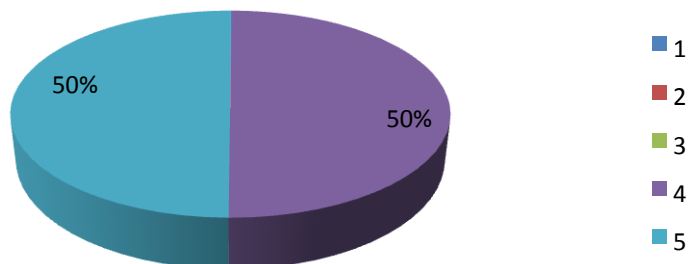
5) Avaliação da Sessão Formativa

1. Ação de Formação em Geral

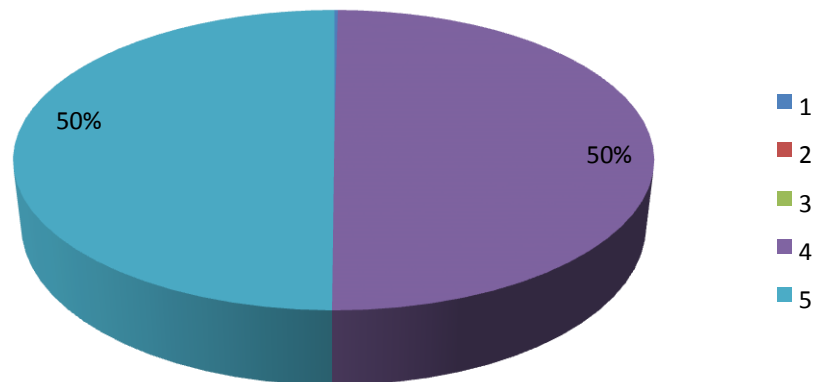
- a. Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades.
- b. Adequação da duração da ação.
- c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas.
- d. Qualidade de ação relativamente às melhores ações já frequentadas.

1	2	3	4	5	N/A
0/6	0/6	0/6	3/6	3/6	-
0/6	0/6	0/6	3/6	3/6	-
0/6	0/6	1/6	2/6	3/6	-
0/6	0/6	1/6	2/6	3/6	-

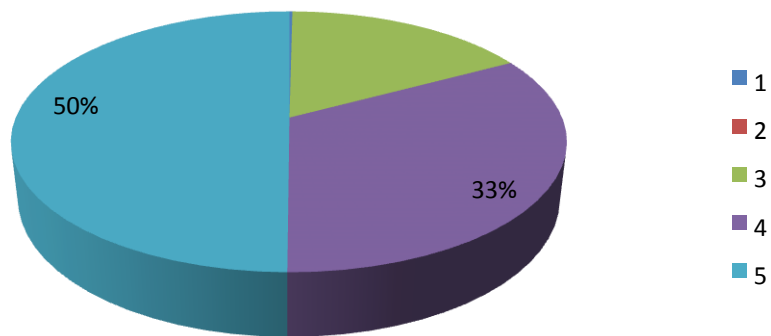
a. Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades.



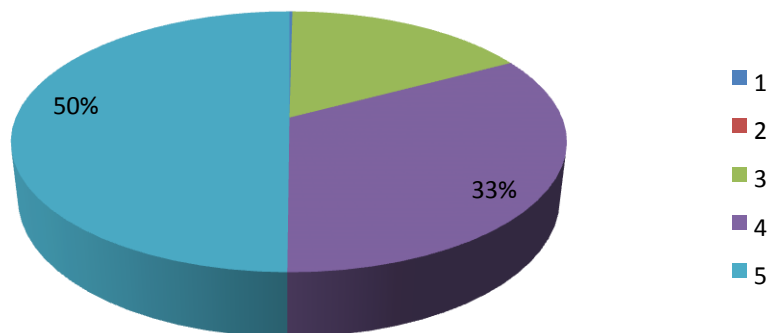
b. Adequação da duração da ação.



c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas



d. Qualidade de ação relativamente às melhores ações já frequentadas.

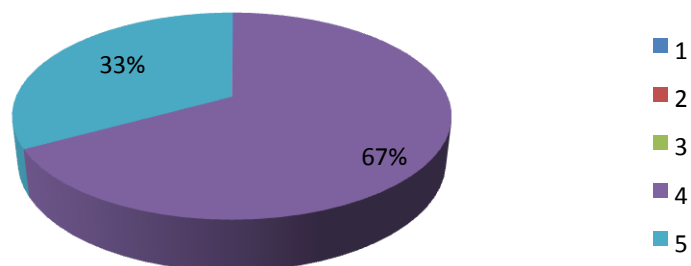


2. Conteúdo da ação de Formação

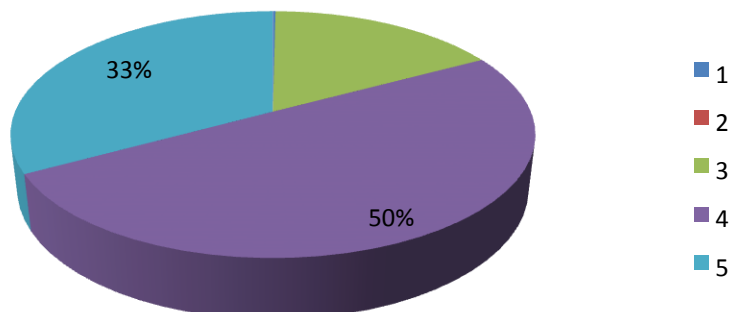
- Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual.
- Qualidade da abordagem do tema.
- Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados.
- Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

1	2	3	4	5	N/A
0/6	0/6	0/6	4/6	2/6	-
0/6	0/6	1/6	3/6	2/6	-
0/6	0/6	1/6	3/6	2/6	-
0/6	0/6	0/6	3/6	3/6	-

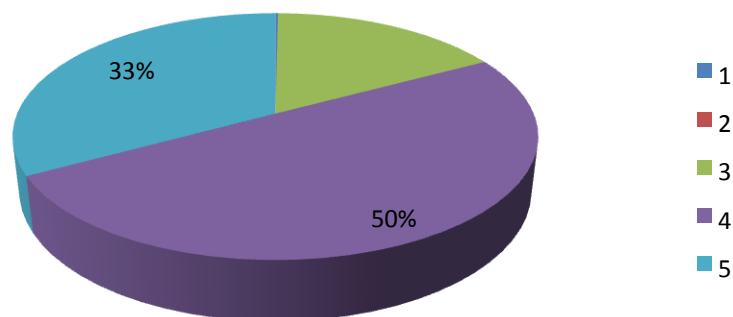
a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual.



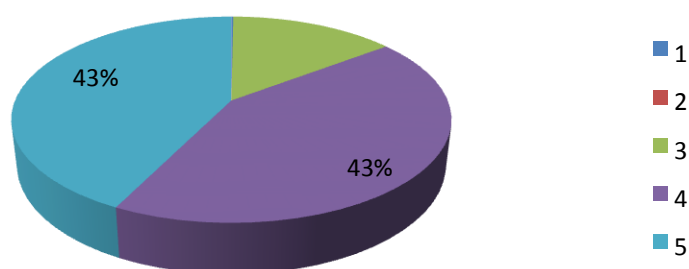
b. Qualidade da abordagem do tema.



c. Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados.



d. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos.

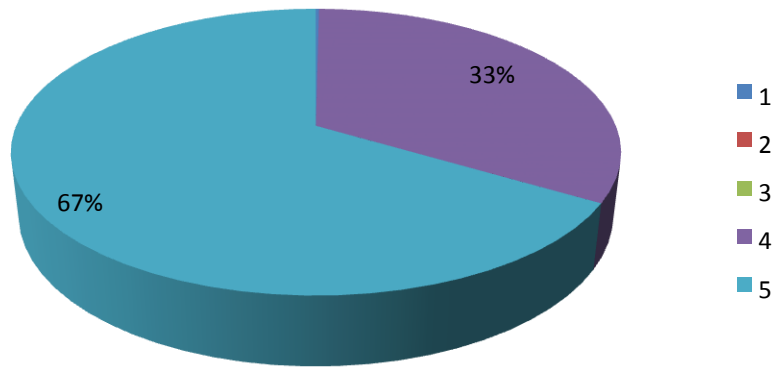


3. Formador

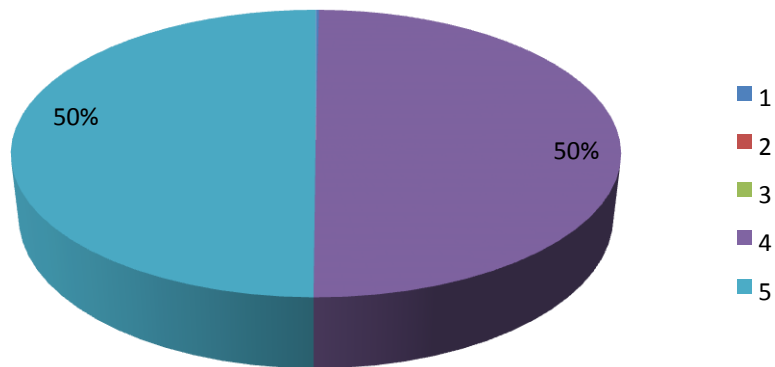
- a. Definição inicial dos objetivos.
- b. Domínio demonstrado do tema.
- c. Exposição clara e precisa do conteúdo.
- d. Motivação e incentivo à participação.

1	2	3	4	5	N/A
0/6	0/6	0/6	2/6	4/6	-
0/6	0/6	0/6	3/6	3/6	-
0/6	0/6	1/6	3/6	2/6	-
0/6	0/6	1/6	2/6	3/6	-

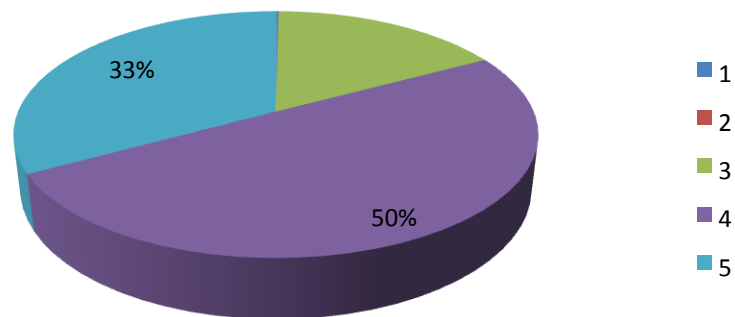
a. Definição inicial dos objetivos.



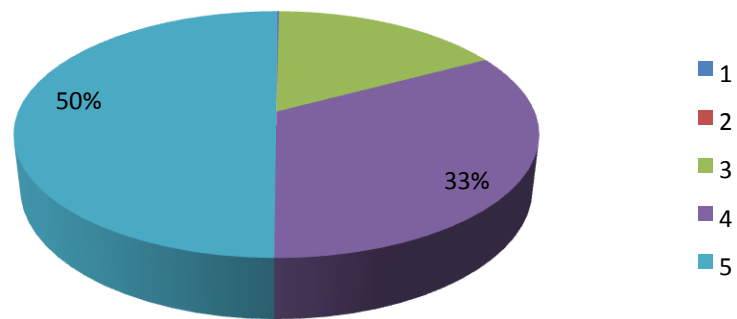
b. Domínio demonstrado do tema.



c. Exposição clara e precisa do conteúdo.



d. Motivação e incentivo à participação.



6) Conclusão

A avaliação desta sessão formativa, a partir de o preenchimento de um questionário à equipa, realça a importância deste tema na prática de cuidados de enfermagem nesta unidade, na medida em que à pergunta *“Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades”* 100% das respostas foram entre *“Elevado”* e *“Muito Elevado”*.

7) Referências Bibliográficas

- Abuidhail, J., Al-Motlaq, M., & Salameh, T. (2016). The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. *The Journal of Nursing Research*.
- Charepe, Z. (2014). Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.
- Diogo, P; Vilelas, J; Rodrigues, L, et al. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem* Vol. 20 (N.º 2) 26-47
- Barros, L (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores. (2ª Edição). ISBN 972-8449-45-3
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed.
- Lays, M., Souza, M., Sena, J., & al, e. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*, 16 (1), pp. 132-140.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sposito, A., Silva-Rodrigues, F., Sparapani, V., Pfeifer, L., Lima, R., & Nascimento, L. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 0, pp. 1-9.
- Tremarin, R., Gawleta, F., Rocha, D. (2009). A Teoria da Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso. *Cogitare Enfermagem*, 14 (3), 569-574.

Apêndice XVI
Análise Reflexiva
UCN



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Análise Reflexiva

- Unidade de Neonatologia -

Docentes:

Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Discente:

Inês Queiroz de Barros, n.º 192017069

Enfermeira Orientadora:

Enf^a Especialista [REDACTED]

LISBOA, NOVEMBRO 2018

No decorrer do estágio realizado em contexto da unidade curricular Estágio e Relatório, que decorreu na Unidade de Neonatologia no Hospital Beatriz Ângelo surgiu a necessidade de realizar uma análise reflexiva sobre o impacto que as intervenções de enfermagem promotoras de esperança desempenham na promoção de uma adaptação eficaz à hospitalização de pais com recém-nascidos internados nesta Unidade.

O nascimento inesperado de um bebé doente ou prematuro substitui emoções excitação por ansiedade e *stress*. A hospitalização de um recém-nascido numa unidade de neonatologia é um evento especialmente *stressante* para os pais, sendo que estes experienciam sentimentos de choque, preocupação e ansiedade (Abuidhail et al, 2016).

Foi neste sentido, que se decidiu desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização, de forma a diminuir a ansiedade e o *stress* e apoiar os pais no processo de transição para parentalidade de pais de prematuros/criança doente. Neste contexto específico, foi desenvolvido um projeto para implementar estratégias promotoras de esperança na adaptação à hospitalização, visto que, manter a esperança apresenta-se como uma importante estratégia para enfrentar as adversidades, minimizar o medo e a ansiedade. (Sposito, et al,2015). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2018) realça que o Enfermeiro estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da transição para a parentalidade, “*promovendo a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais*”.

A primeira estratégia promotora de esperança passou pela elaboração de Diários de Esperança. No decorrer do estágio, foi planeado um encontro terapêutico com os pais de um recém-nascido, a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, que apesar de serem pessoas com formação na área da saúde, se encontravam bastante ansiosos em relação ao internamento da sua B. naquela unidade. A B. nasceu às 34s por uma restrição do crescimento, sem autonomia alimentar e com baixo peso. Apesar de receosos e com algum incentivo, os pais aceitavam prestar cuidados, como mudar a fralda e dar banho. Referiram diversas vezes, ter medo de realizas estes cuidados, devido ao tamanho do bebé, e demorarem demasiado tempo a realizar os mesmos.

Tendo em conta este contexto, foi marcado com os pais, um encontro para a realização da intervenção, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o medo relacionado com a hospitalização da B. numa unidade de neonatologia, promovendo a esperança e melhorando a adaptação destes pais, através respostas adaptativas fisiológicas (diminuição da ansiedade e *stress*) e função parental (transição para o papel parental). (Lays, et al, 2015). Às 16h do dia 2/11/2018, a B. dormia ao colo da mãe. A mãe apesar da bebé se encontrar a dormir, mostrava ainda alguns sinais de ansiedade sobre se estaria confortável e se teria comido o suficiente. O pai, ao lado tentava tranquilizá-la. Iniciei por me apresentar, e referir que pretendia falar com eles sobre a situação que estavam a vivenciar e sobre os seus sentimentos de esperança/ ansiedade. Comecei por propor que realizassem a avaliação inicial da Escala de Esperança de Herth. A Escala foi preenchida pela mãe, que respondeu concordo às perguntas: “Eu estou otimista quanto à vida”; “Eu tenho planos a curto e longo prazo”; “Eu consigo lembrar-me de tempos felizes e prazerosos”; “Eu tenho medo do futuro”; “Eu sinto-me capaz de dar e receber afeto/amor”; “Eu sei onde quero ir”; “Eu acredito no valor de cada dia” e “Eu sinto que a minha vida tem valor e utilidade”. Respondeu Discordo nas questões: “Eu sinto-me muito sozinho (a)”; “Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades”, “Eu tenho uma fé que me conforta”; “Eu sinto-me muito forte”.

Na avaliação inicial compreende-se que apesar de unidos e do apoio entre si, não se sentiu sozinha, a mãe experiencia sentimentos de medo em relação ao futuro e sobre a sua capacidade em enfrentar as dificuldades, não se sentiu forte. Desta forma, apresentei o Diário de Esperança, referindo que este tinha o intuito de promover a esperança e diminuir a ansiedade dos pais, possibilitando a mudança de perspetiva na forma como estes valorizam as conquistas e habilidades da criança, conduzindo à perceção de que a mesma pode ser a sua fonte de esperança. Foi combinado novo encontro para falar sobre a experiência de utilizar o diário, após uma semana. Lembrando que uma semana, e um período de tempo curto para avaliar o resultado deste tipo de intervenções, voltei a pedir à mãe que avaliasse a sua escala de Esperança, refletindo sobre o efeito que a utilização dos diários de esperança tinham tido na sua vivência do internamento da B. Ao analisar o preenchimento da escala de Esperança, é possível perceber que a nova avaliação da escala, não tem diferenças marcantes,

visto que as respostas alteradas foram “Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades” e “Eu sinto-me muito forte” de acordo para Concordo. Apesar de em termos de Escala esta mudança parecer que a intervenção teve pouco resultado, quando analisada com a avaliação da mãe desta experiência, compreendi, que numa semana, estes pais começaram a valorizar e a celebrar as vitórias da sua filha. Vitórias diárias, de “um ser tão pequenino que aprende tanto em tão pouco tempo”. Ambos os pais referiram como tinha sido um enorme marco, e potenciador de esperança quando a B. bebeu o seu primeiro biberão de leite “cheia de vontade, até parecia que queria mais”. Outro facto que os pais referiram, é sentirem-se mais próximos da sua filha, através deste diário, que levam para casa. A mãe referiu “apesar de a B. não estar connosco em casa, parecia que levávamos connosco um bocadinho dela connosco. Este é o diário dela, de como ela é valente.” O pai referiu que a sua parte preferida foi planear um dia com a sua filha, que neste caso, foi planear o natal em sua casa, com toda a família. Neste segundo encontro, apesar de se manterem receosos sobre se vão ser capazes de tomar conta da B. em casa, sendo ela tão pequenina, no cuidado presente, encontram-se mais confiantes, tendo mais vontade de participar nos cuidados e de aprender.

Devido ao carácter curto deste estágio, não foi possível fazer um acompanhamento mais prolongado dos resultados desta intervenção, porém, o resultado obtido neste tempo foi muito positivo. Foi, porém, possível através da avaliação e comparação da Escala de Esperança *Herth* perceber que existiu um aumento, na esperança desta mãe relativamente ao futuro, principalmente no que diz respeito às suas capacidades cuidadoras, na diminuição da ansiedade relativa aos procedimentos a um Recém-nascido de baixo peso, e conseqüentemente promoção da transição para a parentalidade e na promoção da vinculação.

Como reflexão final sobre esta intervenção, julgo que seria benéfico um estudo mais exaustivo, com mais famílias durante a totalidade do internamento, sobre os benefícios desta intervenção de esperança, na adaptação à hospitalização destes pais com Recém-nascido em unidades de Neonatologia.

Outra intervenção que planeie abordar foi “refletir sobre Técnica de Canguru na adaptação dos pais à hospitalização”. Esta técnica (técnica de contato, pele com pele, entre o bebé e a mãe) é uma importante intervenção de enfermagem na adaptação à hospitalização em mães com crianças internadas em unidades de

neonatologia, visto que estas se tornam gradualmente mais confiantes depois de duas ou três sessões. (Cho, *et al*, 2016). Visto isto, optei por refletir, falando com os pais presentes na unidade sobre os benefícios da utilização desta técnica sobre os sentimentos de ansiedade e de medo durante o internamento do seu Recém-nascido.

Há uma hora do dia, depois da azáfama das manhas, cerca das 16h, em que se sente uma tranquilidade repentina na Unidade. O banho, a alimentação, a mudança da fralda são momentos em que os pais sentem algum nível de ansiedade e medo, são novas competências que adquirem, conhecendo o seu filho a pouco e pouco. Porém, depois disto, quando se sentam no cadeirão, e com a ajuda dos enfermeiros, entre mobilização de tubos de oxigénio, sondas de alimentação elétrodos e oxímetros, colocam o seu recém-nascido, no seu peito, o ambiente muda, uma calma preenche a sala. A expressão facial dos pais muda, olham para o seu filho com uma tranquilidade inexplicável. A sensação, como observadora é que dentro da incubadora está uma criança distante, mas que ali lhe pertence, se torna parte de si. Imagino os laços da vinculação a crescer e embrenharem-se entre os dois.

Foram diversos os diálogos que tive com as mães/pais com os seus recém-nascidos escondidos na sua roupa, como um canguru dentro da bolsa marsupial. A ideia essencial que me passaram foi a tranquilidade que lhes trouxe o primeiro momento em que lhes puderam “dar colo”. Realçando a ideia de que a própria criança se torna a fonte de esperança destes pais. Uma mãe muito jovem disse-me: “Tinha tanto medo de lhe pegar, vi-o dentro da incubadora, e pensava como e que eu ia ser capaz... ele era tão pequenino. Desde que o peguei, ele passou a ser a minha razão de viver. Parece que quando o tenho aqui ao colo, todas as minhas dúvidas desaparecem”. O olhar que trocou com o filho, neste momento, foi de um carinho inexplicável, como se durante a técnica de Canguru o mundo fosse só dos dois. Os pais dos gémeos V. e J. dizem que vão para casa todas noites a pensar neste momento. Reforçam, que estar com os dois em Canguru, lhes dá forças para voltar no dia seguinte.

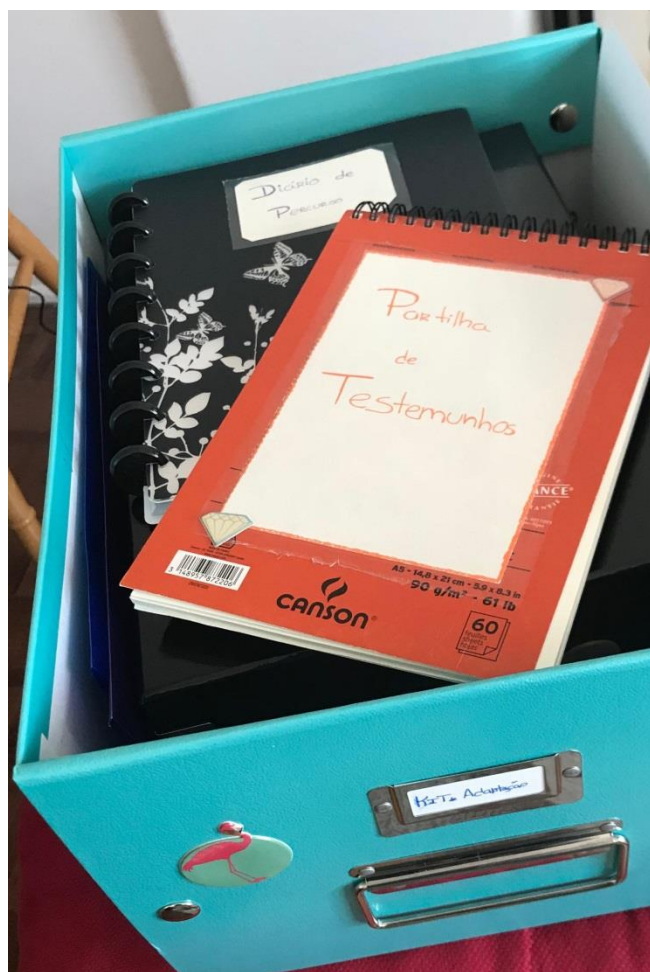
A minha reflexão sobre esta técnica, através da observação e interação com os pais, vai muito no sentido da literatura contemporânea. Realça-se assim, a importância de promover esta intervenção nos cuidados ao Recém-nascido e pais internados em unidades de Neonatologia.

Bibliografia

- Abuidhail, J., Al-Motlaq, M., & Salameh, T. (2016). The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. *The Journal of Nursing Research*.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.
- Diogo, P; Vilelas, J; Rodrigues, L, et al. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem* Vol. 20 (N.º 2) 26-47
- Barros, L (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores. (2ª Edição). ISBN 972-8449-45-3
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed.
- Lays, M., Souza, M., Sena, J., & al, e. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*, 16 (1), pp. 132-140.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sposito, A., Silva-Rodrigues, F., Sparapani, V., Pfeifer, L., Lima, R., & Nascimento, L. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 0, pp. 1-9.
- Tremarin, R., Gawleta, F., Rocha, D. (2009). A Teoria da Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso. *Cogitare Enfermagem*, 14 (3), 569-574.

Apêndice XVII

Kit de Adaptação dirigido aos Pais & Guia de Implementação em contexto de UCIPed



Proposta de Kit de Adaptação

Em forma de avaliação, sobre a utilização do Kit UCIPed, pedimos que reflita e responda à seguinte pergunta:

Numa uma escala de 0 a 10, quanto é que se sente mais preparada para enfrentar a hospitalização do seu filho, após a utilização do Kit UCIPed.



Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos



Fonte: <https://pt.best-wallpaper.net/Children-s-Day/wallpapers.html>

Bibliografia:

- Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, P., Thofehrn, M., Oliveira, A., & Tarouco, A. (2016). Reflecting on the Construction of Caring in Pediatrics. *J Nurs UFPE on line*, *10*(12), pp. 4672-9.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Volume II, pp. 9- 58.
- Strong, T., Pyle, N., Sutherland, O. (2009). Scaling questions: Asking and answering them in counseling. *Counseling Psychology Quarterly*. Vol. 22 (2), pp. 171–185.

Autoria:

∂ Inês Barros - Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde.
Universidade Católica Portuguesa.

“Primeiro, preparem-se a vós próprios. Antes de poderem ajudar o vosso filho, precisam de dominar a vossa ansiedade (...). Perguntem quais os exames ou o tratamento a que irão submeter a criança. Façam o possível para estar com ela nos momentos críticos ou na altura de quaisquer actos dolorosos”.
Brazelton (2005)

Se existir a necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos pediátricos da sua criança, a equipa de saúde sabe que este pode ser um período de elevado *stress* e ansiedade, mas pode ser também, uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento.

Os pais/acompanhantes devem fazer o possível para diminuir os sentimentos de medo e ansiedade da criança, neste momento.

Se tiver alguma dúvida/preocupação não hesite em expô-la aos profissionais de saúde, num momento oportuno.

Desta forma, pode utilizar algumas estratégias para melhorar a vivência deste momento:

- Participar nos procedimentos junto da criança, de forma a transmitir tranquilidade e apoio à criança.
- Preparar a criança, para procedimentos/internamento, de acordo com a idade/compreensão;
- Não mentir sobre a necessidade dos mesmos.
- Ter sempre presente o brinquedo preferido/objecto de vinculação.
- Não ameaçar a criança no dia-a-dia com ida ao hospital/com picas.
- Utilizar o brincar/desenhar/contar histórias e falar sobre temas de interesse da criança;
- Ouvir Música/cantar pode ser uma forma de distração.



Kit de Adaptação UCIPed

Fonte: <http://vivertelheiras.pt/dia-da-crianca-gastagus-na-biblioteca-municipal-orlando-ribeiro/>

A equipa de saúde sabe que a hospitalização pode ser um momento de desorganização na vida da criança/jovem e da sua família.

Tendo em conta o carácter particular de um internamento numa unidade de cuidados intensivos, a equipa de saúde propõe-lhe desenvolver o seu *Kit de Adaptação UCIPed*.

A partilha de histórias de vida permite tomarmos consciência de que quando se dá início a uma caminhada difícil, o seu fim é, por vezes, desconhecido. No entanto, apesar, de envolver sentimentos de medo, angústia choque e incerteza, todos gostam que a sua história tenha a garantia de um final feliz.

Propomos por isso, que colectione momentos de esperança e felicidade: Mensagens que receba significativas de motivação e que transmitam mensagens positivas e de coragem.

Diário de Percurso	Espaço para escrever sobre as suas dúvidas e angústias, sobre os pontos fortes da sua família, sobre como ultrapassou outras experiências de doença/internamento do seu (sua) filho (a), sobre os seus progressos e histórias de sucesso.
Testemunhos partilhados	Partilha de experiências e vivências com outros pais que viveram experiências semelhantes, que poderão contribuir com estratégias, recursos e motivação para ultrapassar este momento.
Recordações	Inclua fotografias/postais/livros que lhe inspirem felicidade, que mais gostem e tenham maior significado vivencial.

Intervenção de Enfermagem Promotoras da Adaptação à Hospitalização da Criança/jovem e Família.

- Kit de Adaptação -

Autores:

- ∂ Inês Barros - Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- ∂ [REDACTED] – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - [REDACTED]

Data de Elaboração: Dezembro 2018

Justificação: A hospitalização um período de elevado *stress* e ansiedade para a criança e para a sua família. (Diogo, et al, 2016). É um momento de desorganização na vida da criança, por significar o afastamento da família, amigos e pertences, alterações de rotinas diárias e necessidade de se adaptar aos horários do internamento (ex.: alimentação, hábitos de dormir e de higiene). Destacam também a presença de pessoas e equipamentos estranhos e barulhentos, a perda da referência espaço-temporal e da privacidade, a submissão a procedimentos invasivos, assim como a intervenção constante da equipa multidisciplinar. Estas alteram a capacidade de adaptação ao hospital e aumentam a sua vulnerabilidade (Gomes et al, 2013)

É assim, essencial definir intervenções específicas que visem diminuir o sofrimento e a ansiedade, prevenir sequelas e potenciar efeitos positivos. Intervenções como comunicar com a criança, escutar ativamente, não mentir, informação antecipatórias, explicação e demonstração de procedimentos. Outras estratégias promotoras de uma adaptação eficaz são técnicas de relaxamento, distração, humor, brincadeira e jogo terapêutico, arteterapia, musicoterapia, kits de adaptação, grupos terapêuticos, e estratégias promotoras de esperança.

Neste sentido, Drake et al (2012) estudaram a utilização de kits de adaptação como intervenção de enfermagem, tendo concluído que estes são eficazes na diminuição da ansiedade dos pais e crianças. Mostrando assim, a importância de encontrar medidas eficazes para apoiar a criança e sua família neste período, e que esta solução deve ser parte das intervenções de enfermagem para diminuição da ansiedade em crianças/famílias hospitalizadas.

População-alvo

Pais de crianças internadas na UCIPed- A hospitalização é um momento stressante para a família, e os cuidados de enfermagem devem ser planeados em torno das necessidades da criança e da sua família de forma a minimizar os efeitos negativos da mesma. Os acompanhantes da criança devem ser parceiros ativos de cuidados, visto fornecerem informações importantes que ajudam no cuidado e que devem ser valorizadas pelos enfermeiros devido ao potencial para transformar e enriquecer o mesmo. Os enfermeiros devem no seu cuidado, fornecer informações, esclarecimentos e orientações sobre as condições de saúde da criança para que estes pais saibam o que esperar e do que se espera dela (Ribeiro *et al*, 2016). É assim essencial reconhecer as necessidades emocionais dos pais, abordando-as durante o internamento das crianças. A supressão das emoções é um risco para uma saúde mental prejudicada e aumento dos sintomas de stress. Os autores enfatizam a necessidade de abordar e desmistificar o sentimento de culpa sentido pelos pais, utilizando cuidado centrado na família, planeando os cuidados em redor de toda a família (Foster *et al*, 2016).

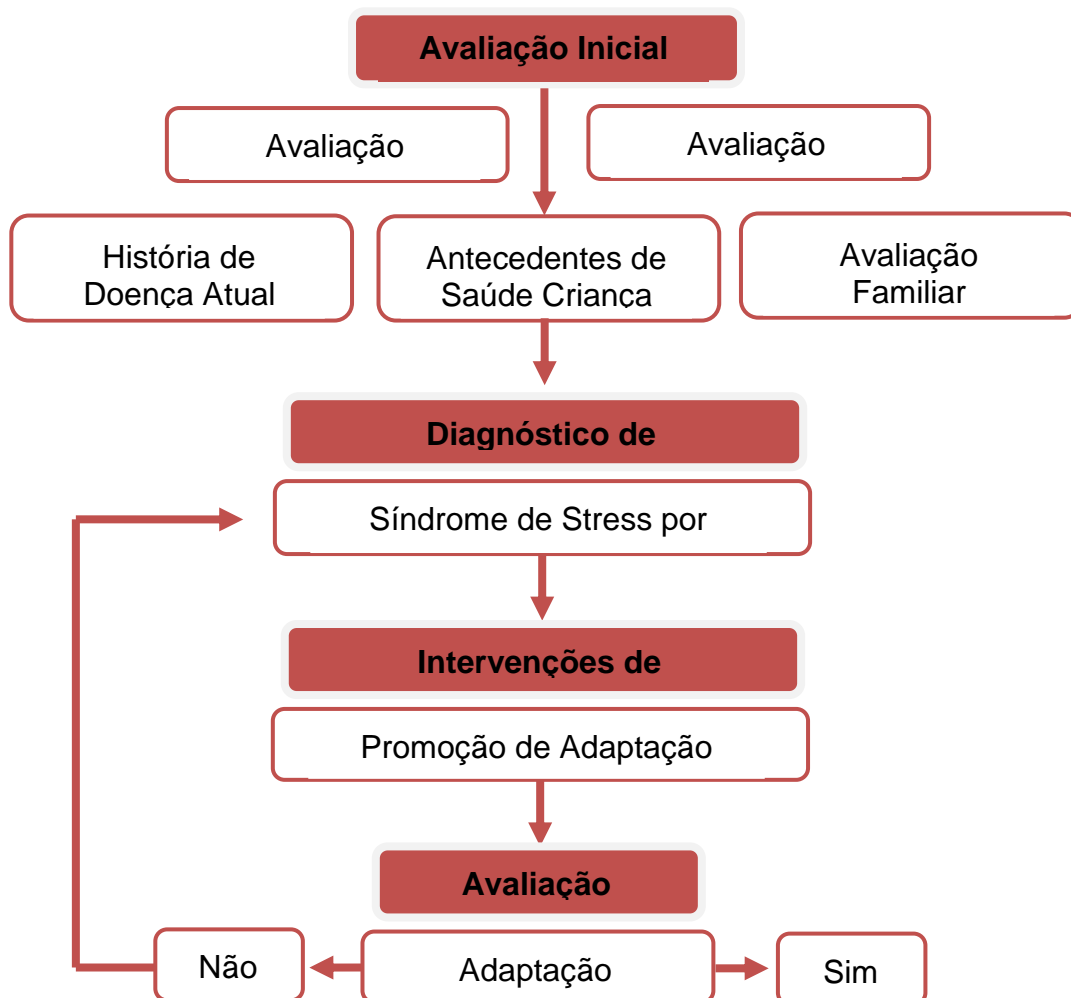
As intervenções de apoio à adaptação são eficazes na diminuição da ansiedade e *stress* dos pais, e conseqüentemente na melhoria da ansiedade das crianças, visto que aumentam a capacidade dos pais para participar no cuidado da criança, para receber informação e capacita para a participação da tomada de decisão partilhada. (Doupnik *et al*, 2017) Relativamente à regulação emocional, os mesmos autores sublinham que estas se focam no autocuidado emocional, e incluem intervenções como atividades para promover relaxamento ou distração; ensinar estratégias aos pais para lidar com ansiedade e *stress*, e encorajar a expressão emocional adaptativa.

Intervenção de Enfermagem na promoção de Adaptação

No seu cuidado, os enfermeiros reconhecem respostas humanas face ao processo de doença e de adaptação de crianças e pais face à necessidade de hospitalização. Parte deste pressuposto para desenvolver uma intervenção com intencionalidade terapêutica – “processo facilitador da readaptação e aprendizagem de novas competências”. Os Enfermeiros têm o “dever ético e legal de disponibilizar formação aos pais acerca de como lidar com a doença dos filhos, em prol do desenvolvimento da respetiva autonomia e qualidade de vida” “tendo direito a um plano

integrado das intervenções e à participação em todo o processo de cuidados (diagnóstico de necessidades, planeamento, implementação e avaliação) (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 13).

Assim, apresenta-se um algoritmo de intervenções em adaptação (Ordem dos Enfermeiros, 2011), de forma a orientar a atuação dos enfermeiros da UCIPed.



Planeamento de Cuidados

Avaliação Individual e Familiar

- Avaliar o funcionamento e a dinâmica familiar. Dados sobre a história de doença atual (motivo de internamento, reação da criança/pais à doença atual).
- Antecedentes de saúde relevantes da criança.

- Avaliação familiar (estrutura interna e externa da família, contexto familiar e avaliação funcional).

Diagnóstico de Enfermagem

Sempre que se identifica o diagnóstico de enfermagem “Síndrome de Stress por Mudança”, o enfermeiro tem o dever de implementar intervenções promotoras de adaptação mais adequadas aos objetivos/metas/crenças dos pais de crianças internadas em UCIPed.

Intervenções de Enfermagem

Como intervenção promotora de adaptação à hospitalização apresenta-se uma sugestão de Kit de Adaptação (Quadro 1), com atividades individualizadas às necessidades de pais de crianças internadas na UCIPed, segundo as necessidades levantadas pelo plano de cuidados.

Quadro 2- Sugestões de Atividades integrantes no Kit de Adaptação.

<i>Kit de Adaptação</i>	<i>Justificação</i>
Folheto sobre hospitalização	Promover o acolhimento. Diminuir a ansiedade e medo relacionado com o internamento. (Ribeiro et al, 2016)
Diário de Percurso	Ensinar estratégias para lidar com ansiedade e <i>stress</i> , e encorajar a expressão emocional adaptativa. (Doupnik et al, 2017)
Testemunhos Partilhados	Partilha de Experiências: expressão de sentimentos e vivências, potenciadoras de recursos com vista à promoção da adaptação de jovens e pais. (Charepe, 2014)
Recordações (Fotografias/Postais/Livros)	Recordar momentos felizes, promotores de esperança. (Charepe, 2014)

Avaliação

De forma, a avaliar a intervenção de enfermagem promotora de adaptação da criança/família: “Kit de Adaptação” propõe-se utilização de Pergunta Escala: “Numa escala de 0 a 10, quanto é que e que se sente mais preparada para enfrentar a hospitalização do seu filho. (Strong, Pyle, Sutherlan, 2009).



Bibliografia

- Charepe, Z. (2014). Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20, pp. 26-47.
- Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A., Martinez, D., Massey, M. (2012). Evaluation of a Coping Kit for Children With Challenging Behaviors In a Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (4), pp. 215-221.
- Doupnik, S., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D. (2017). Parent Coping Support Interventions during Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 140 (3).
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., Curtis, K. (2017) Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, pp 114–120.
- Gomes, G., Nicola, G., Souza, N., Chagas, M., Chagas, D., Xavier, D. (2013). Percepções da Família acerca das dificuldades de adaptação criança à Hospitalização: Subsídios para a Enfermagem. *Cogitare Enferm.*, 18(4), pp. 767-74.
- Hockenberry, J., Winkelstein, W. (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M. (2006). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed.
- Lays, M., Souza, M., Sena, J., et al. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*, 16 (1), pp. 132-140.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Volume III, pp. 9- 58.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, P., Thofehrn, M., Oliveira, A., Tarouco, A. (2016). Reflecting on the Constrution of Caring in Pediatrics. *J Nurs UFPE on line*, 10(12), pp. 4672-9.
- Strong, T., Pyle, N., Sutherland, O. (2009). Scaling questions: Asking and answering them in counseling. *Counselling Psychology Quarterly*. Vol. 22 (2), pp. 171–185.

Apêndice XVIII

Poster Informativos dirigido aos Enfermeiros em Contexto de UCIPed “*Kit de Adaptação*”

Autoria:

∅ Inês Barros - Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

∅ Dezembro 2018

Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação à Hospitalização da criança/jovem e família Kit de Adaptação



Introdução

A hospitalização é um momento de desorganização na vida da criança e da família:

- Afastamento da família, amigos e pertences;
- Alterações de rotinas diárias;
- Presença de pessoas e equipamentos estranhos e barulhentos;
- Procedimentos invasivos.

É essencial definir intervenções que visem diminuir a ansiedade, prevenir sequelas, potenciar efeitos positivos e promover a adaptação do papel parental. (1)

Diagnóstico de enfermagem (2)

Síndrome de stress por mudança (risco)

Resultado (2)

Adaptação da criança/família à Hospitalização, através de respostas adaptativas.



Esquema 1 – Plano de Cuidados (5)



Esquema 2 – Avaliação através de Pergunta Escala (6)

Objetivo

Implementar *Kit* de Adaptação, como intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à hospitalização da criança, jovem e/ou família.

Kit de Adaptação

As intervenções de apoio à adaptação são eficazes na diminuição da ansiedade e *stress* dos pais, e consequentemente na melhoria da ansiedade das crianças. Estas aumentam a capacidade dos pais para participar no cuidado da criança, para receber informação e capacita para a participação da tomada de decisão partilhada. (3, 4)

Os pais tendo direito a um plano integrado de cuidados e à participação em todo o processo (diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação). (5)

Apresenta-se uma sugestão de Kit de Adaptação (Quadro 1), com actividades individualizadas às necessidades de pais de crianças internadas na UCIPed, segundo as necessidades levantadas pelo plano de cuidados.

De forma, a avaliar a intervenção propõe-se utilização de Pergunta Escala (6) (Esquema 2): “Numa uma escala de 0 a 10, quanto é que e que se sente mais preparada para enfrentar a hospitalização do seu filho.”

Kit de Adaptação	Justificação
Folheto sobre hospitalização	Promover o acolhimento. Diminuir a ansiedade e medo relacionado com o internamento. (1)
Diário de Percurso	Ensinar estratégias para lidar com ansiedade e stress, e encorajar a expressão emocional adaptativa. (4)
Testemunhos partilhados	Partilha de sentimentos e vivências, potenciadoras de recursos com vista à promoção da adaptação de jovens e pais. (5)
Recordações (Fotografias/Postal)	Recordar momentos felizes, promotores de esperança. (5)

Quadro 1 – Sugestões de Atividades Kit de Adaptação

Referências Bibliográficas: 1) Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, P., Thofehn, M., Oliveira, A., & Tarouco, A. (2016). Reflecting on the Construction of Caring in Pediatrics. *J Nurs UFPE on line*, 10(12), pp. 4672-9 2) Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Maas, M. (2006). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Porto Alegre: Artmed. 3) Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A., Martinez, D., & Massey, M. (2012). Evaluation of a Coping Kit for Children With Challenging Behaviors In a Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (4), pp. 215-221. 4) Doupnik, S., Hill, D., Palakshappa, D., & Worsley, D. (2017). Parent Coping Support Interventions during Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 140 (3). 5) Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Volume III, pp. 9- 58. 6) Strong, T., Pyle, N., Sutherland, O. (2009). Scaling questions: Asking and answering them in counseling. *Counselling Psychology Quarterly*. Vol. 22 (2), pp. 171-185.

Apêndice XIX

Avaliação da Intervenção “*Kit de Adaptação*”



MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS



Título: “Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação à Hospitalização da Criança/jovem e Família: *Kit* de Adaptação.”

Data: Dezembro 2018

O presente questionário decorre da experiência de estágio, integrante do mestrado em enfermagem com área de especialização em saúde infantil e pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo verificar junto da equipa de enfermagem, a pertinência da utilização de “Kit de adaptação”, no sentido de promover a adaptação à hospitalização de crianças/jovens e pais internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed).

Salienta-se o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados.

Numa escala de 1 a 4, sendo 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; e 4 - Concordo totalmente, coloque nas seguintes afirmações um (X) na quadrícula correspondente.

Questões	1	2	3	4
O tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na UCIPed.				
A justificação do tema está apresentada de forma explícita.				
A estratégia de “Kit de Adaptação” será pertinente para a sua prática.				
O “Kit de Adaptação” está elaborado de forma útil para os seus cuidados.				

Comentários/ Sugestões

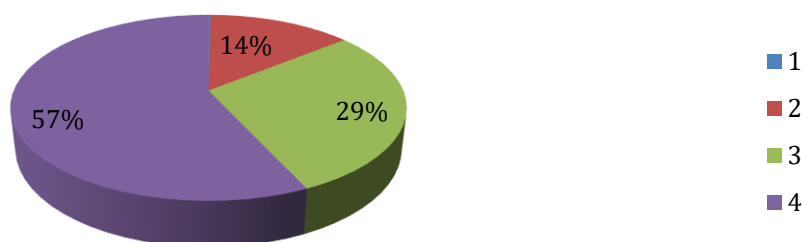
Obrigado, pela sua colaboração

Questionário Kit de adaptação

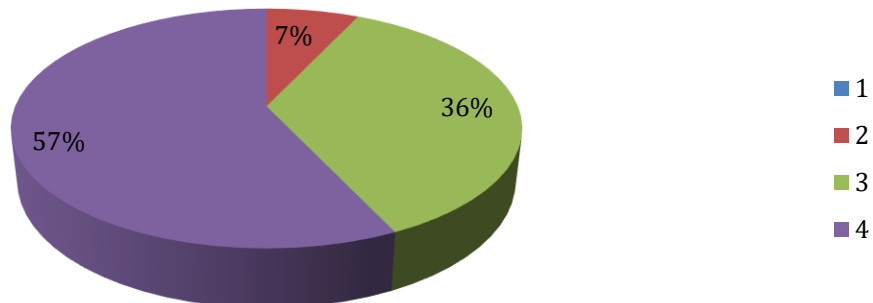
Unidade de Cuidados Intensivos – Hospital Santa Maria

Questões	1	2	3	4
O tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na UCIPed.	0/14	2/14	4/14	8/14
A justificação do tema está apresentada de forma explícita.	0/14	1/14	5/14	8/14
A estratégia de “Kit de Adaptação” será pertinente para a sua prática.	0/14	2/14	6/14	6/14
O “Kit de Adaptação” está elaborado de forma útil para os seus cuidados.	0/14	2/14	6/14	6/14

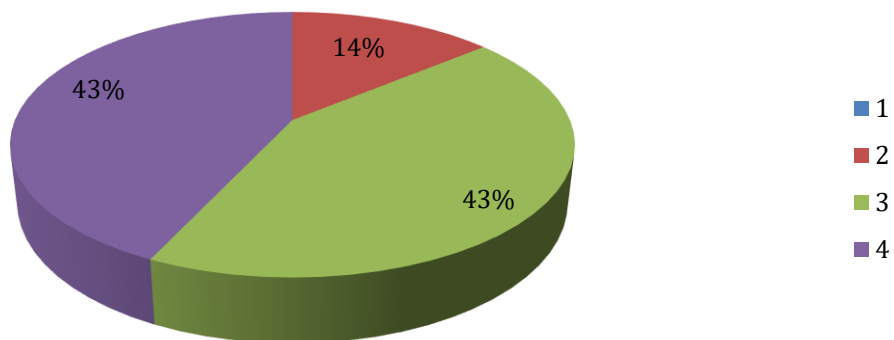
O tema da adaptação à hospitalização é relevante para os cuidados prestados na UCIPed.



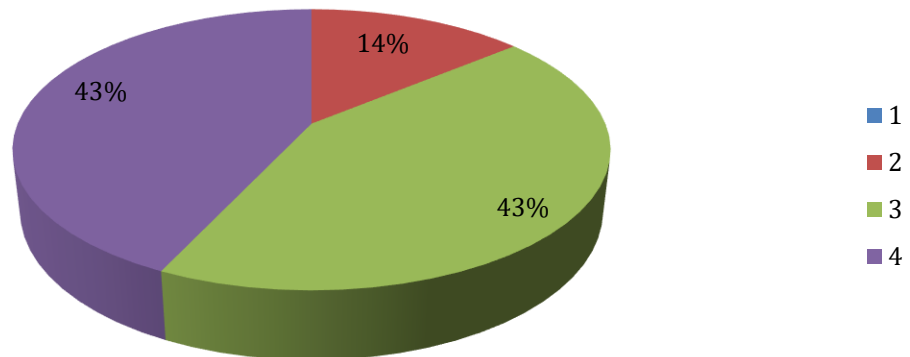
A justificação do tema está apresentada de forma explícita.



A estratégia de “Kit de Adaptação” será pertinente para a sua prática.



O “Kit de Adaptação” está elaborado de forma útil para os seus cuidados.



Apêndice XX

Plano de Cuidados relativo a duas crianças internadas em UCIPed: em contexto de doença aguda e agudização de doença crónica.



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

- Plano de Cuidados -

Unidade de Cuidados Intensivos

Pediátricos

Docentes:

Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Discente:

Inês Queiroz de Barros, n.º 192017069

Enfermeira Orientadora:

Enf^a Especialista 

LISBOA, DEZEMBRO 2018

No decorrer do Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) surgiu a necessidade de realizar um plano de cuidados de duas crianças internadas, uma com uma doença aguda e outra com uma agudização de doença crônica, realçando as intervenções promotoras de adaptação à hospitalização.

Estes planos de cuidados de Enfermagem foram realizados com base na CIPE® (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e basearam-se em cinco etapas: colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de Enfermagem.

Criança com Doença Aguda e sua Família

A MC é uma lactente de 1 mês e 11 dias e do sexo feminino. Tem como antecedentes pessoais de uma gestação vigiada, parto por ventosas às 38 semanas e 1 dia. Tinha como peso ao nascer 2970g, Índice de Apgar 8/10, sem necessidade de reanimação. Teve necessidade de internamento na Unidade de Neonatologia, por sinais de dificuldade respiratória precoce, pneumotórax à esquerda e pneumomediastino. Necessidade de Ventilação Invasiva durante 7 dias, tendo ficado posteriormente em ar ambiente, tendo cumprido 5 dias de antibioterapia. Teve alta em dia 11 de vida. Faz Leite Materno exclusivo.

Em relação à história de doença atual, tinha estado bem até há 1 semana, altura em que inicia quadro de coriza, com agravamento progressivo nos últimos três dias com tosse acessual produtiva e cansaço na mamada, sem febre. Contexto epidemiológico de irmão com quadro sugestivo de nasofaringite aguda. Recorreu a um SUPed dois dias antes do internamento, por agravamento do quadro da dificuldade respiratória. Internada no Serviço de Observação tendo estado pouco reativa, com pele e mucosas rosas e hidratadas e FA normotensa. Relativamente à parte respiratória polipneia, tiragem global e tosse acessual. Inicialmente com aporte suplementar de O₂ a 1L/min, por agravamento dos sinais de dificuldade respiratória foi colocado O₂ a alto fluxo com FiO₂ 28%. Foi realizada pesquisa de vírus nas secreções brônquicas, que demonstraram VSR e Rinovírus positivos.

Foi transferida para a UCIPed por novo agravamento do quadro geral. À entrada da unidade reativa, choro vigoroso. Iniciou terapia com CPAP nasal com FiO₂ 50%, com boa adaptação, e iniciou alimentação de Leite Materno por sonda nasogástrica em perfusão de 2horas pausa de 1h, com melhoria progressiva.

No primeiro dia de internamento, os pais da MC, principalmente a mãe, mostrou-se muito ansiosa, principalmente na altura da realização de procedimentos. Esta referia estar a ser difícil ver a filha ligada aos tubos e não a poder pegar ao colo, sentindo-se impotente. Nesta perspetiva, e de modo a adaptar os cuidados de enfermagem à MC e aos seus pais, foi elaborado um plano de cuidados, onde se deu enfoque, à necessidade levantada de Coping Familiar comprometido.

Foi possível compreender que pais da MC, a A. (35 anos) e o F. (37 anos) são casados e tem dois filhos, o J. um menino de 3 anos e a MC. Tem como maior apoio os pais da A., que tomam conta do J. quando necessário. Os pais do F. também são presentes, mas por viverem foram de Lisboa, dão menos apoio ao núcleo familiar. A A. refere que o seu grande apoio neste momento tem sido o marido e a sua mãe. Diz também que ainda nem consegue falar sobre o que está acontecer e que o preocupa mais é quando a filha vai melhorar e a ansiedade de sentir que não a pode ajudar. Foi, nesse medida, realizado o seguinte plano de cuidados (quadro 1) para esta família.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados em Enfermagem
Padrão respiratório comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais de dificuldade respiratória. • Monitorizar oximetria de pulso. • Elevar a cabeceira da cama. • Realizar lavagem nasal e aspirar secreções, quando necessário. • Conectar a criança ao Servo U em modo de CPAP. • Monitorizar adaptação ao CIPAP. 	Padrão respiratório adequado.
Integridade da pele comprometida, risco.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger e vigiar pele sob pressão devido à máscara nasal do CPAP. • Verificar integridade da pele. • Alternância de zonas de pressão. 	Integridade da pele mantida.
Autocuidado comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene – banho diário. • Hidratar pele e massagem de conforto. • Promover a participação dos pais nos cuidados, na medida do possível. • Colocação e monitorização de Sonda Nasogástrica (SNG). • Alimentação por SNG de LM de 3/3horas. • Verificar tolerância alimentar 	Autocuidado efetivo.
<i>Coping</i> Familiar comprometido. Ansiedade. Medo.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o bem-estar psicológico. • Providenciar apoio Emocional. • Ensinar técnicas de adaptação. • Estabelecer Ligação e confiança. • Providenciar orientações antecipatórias à família. • Recurso a <i>Kit</i> de adaptação à Hospitalização. 	<i>Coping</i> Familiar Efetivo. Ansiedade Melhorada. Medo Melhorado.

Quadro 3 - Plano de Cuidados da MC

Criança com Doença Crónica e sua Família

A B. é uma latente de 4 meses de idade real e 1 mês de idade corrigida, do sexo feminino. Como antecedentes pessoais tem prematuridade, nascimento às 25 semanas (peso à nascença de 850g). Gravidez gemelar com história de morte de 2ª gêmea no período intraparto. Teve necessidade de internamento até D80 de vida na UCIN e de D80 a D117 de vida na Cirurgia Pediátrica. Teve alta com os seguintes diagnósticos: Prematuridade e extremo baixo peso ao nascer, Doença de membrana hialina grau 3, displasia broncopulmonar moderada, anemia multifatorial, perfuração intestinal espontânea com pneumo e hemoperitoneu em estomias, sepsis tardia a *S. epidermidis*, suspeita de convulsões neonatais com EEG de controlo normal. Medicação habitual: Polivitaminico, vigantol, ferro, diuréticos em desmame - espironolactona e hidrocortisona. Alimentada por PreNAN 80ml 3/3h.

AB. tem como História de Doença atual desde 12/12 com tosse e rinorreia mucosa. Observada no SUPed por agravamento do quadro com dificuldade respiratória e diminuição da ingesta alimentar. Sem febre. Ficou internada no SOPed com diagnóstico de Bronquiolite Aguda com SpO2 92% com adejo nasal e balanceio da cabeça e tiragem global. Iniciou oxigenoterapia a 1L/min. No dia 14/12 por agravamento do estado respiratório foi transferida para a UCIPed, com o diagnóstico de Pneumonia à direita com componente atelectasia, medicada com antibioterapia EV.

Durante o internamento na UCIPed manteve-se reativa, mas com prostração ligeira, choro vigoroso por períodos. Iniciou terapia com Infantflow em modo CPAP com FiO2 30%, com boa adaptação. Manteve a alimentação de Leite PDF por sonda nasogástrica em perfusão de 2horas pausa de 1h, com melhoria progressiva, ao longo dos dias. Manteve cuidados à Ileostomia que se manteve funcionante.

A mãe da B., desde o momento da admissão, mostrou-se chorosa e ansiosa em relação ao internamento da filha. Referiu que tinha saído do hospital há 3 semanas, e voltar a viver tudo de novo, voltar a ver a filha numa cama, ligada a fios e a máquinas para a ajudar a respirar trazia de volta as memórias dos dias passados na Neonatologia e no internamento. Disse “mal tive tempo para me adaptar a estar com ela em casa, já estamos aqui outra vez”.

Este núcleo familiar é constituído pela M. (34 anos) e pelo D. (34 anos) e pela B. Estes tem apoio da família alargada, principalmente dos pais de ambos e da irmã do B.,

que os tem apoiado muito desde o nascimento da B. Apesar do apoio, a M. refere sentir-se muito sozinha, apesar de referir que o marido é um grande apoio “Se não fosse ele nem sei, aprendeu a fazer tudo primeiro que eu, e depois ajudou-me a mim a aprender.” Nesta medida, foi elaborado o seguinte plano de cuidados (Quadro 2).

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados em Enfermagem
Padrão respiratório comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais de dificuldade respiratória. • Monitorizar oximetria de pulso. • Elevar a cabeceira da cama. • Realizar lavagem nasal e aspirar secreções, quando necessário. • Mobilização de secreções – Cinesiterapia. • Conectar a criança ao <i>Infantflow</i> em modo CPAP. • Monitorizar adaptação ao CIPAP. 	Padrão respiratório adequado.
Integridade da pele comprometida, risco.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger e vigiar pele sob pressão devido à máscara nasal do CPAP. • Verificar integridade da pele. • Proteger e monitorizar pele junto à colonoscopia. • Alternância de zonas de pressão. 	Integridade da pele mantida.
Autocuidado comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene – banho diário. • Hidratar pele e massagem de conforto. • Colocação e monitorização de Sonda Nasogástrica (SNG). • Alimentação por SNG de LM de 3/3horas. • Verificar tolerância alimentar. • Mudar saco de colostomia. 	Autocuidado efetivo.
<i>Coping</i> Familiar comprometido. Ansiedade. Medo.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o bem-estar psicológico. • Providenciar apoio Emocional. • Ensinar técnicas de adaptação. • Estabelecer Ligação e confiança. • Recurso a Kit de adaptação à Hospitalização. 	<i>Coping</i> Familiar Efetivo. Ansiedade Melhorada. Medo Melhorado.

Quadro 4 - Plano de Cuidados da B.

Avaliando os dois planos de cuidado, e apesar de situações muito distintas é possível compreender que em ambos os casos existe um risco de adaptação ineficaz à hospitalização dos pais de crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, tanto em contexto de doença aguda como em crónica.

Neste ponto de vista, Foster, *et al* (2016) referem que durante internamento numa unidade de cuidados intensivos é necessário reconhecer e abordar as necessidades

emocionais dos pais. A supressão das emoções é um risco para uma saúde mental prejudicada e aumento dos sintomas de *stress*.

Tornou-se claro, pelos planos de cuidados a necessidade da implementação de intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à hospitalização, de forma a diminuir a ansiedade e o *stress* e a promover o papel parental. Neste sentido, foi utilizado o recurso a um *Kit* de Adaptação (Drake, *et al*, 2012). Estes autores refletem sobre o uso dos mesmo, dizendo que estes são eficazes na diminuição da ansiedade e do *stress*, sendo por isso eficazes na promoção da adaptação à hospitalização.

Apesar do curto tempo para avaliar o resultado da Intervenção de enfermagem “Kit de Adaptação” durante o estágio, foi possível após alguns dias de utilização pela parte das duas mães referidas que este teve um impacto positivo na vivência do internamento das suas filhas.

Começando pela mãe da MC, esta disse ter dificuldade em utilizar as sugestões do Kit, principalmente a partilha de testemunhos, pois diz não saber bem como se ajudar a si, não se atrevendo a tentar ajudar outros, “talvez daqui a uns dias...” (sic). Por outro lado, tem escrito pensamentos isolados no diário de percurso. “Ainda tenho o pensamento todo baralhado, mas até tem ajudado escreve-los” (sic). Refere sentir-se ligeiramente mais tranquila, simultaneamente a MC evolui, tendo o seu estado de saúde estabilizado.

No mesmo sentido, a mãe da B. refere que utilizou o Diário de Percurso para se auto-motivar neste percurso. Esta disse que sabia que tinha força dentro dela, para ultrapassar esta situação, na medida em que já tinha arranjado força para ultrapassar o internamento anterior, e conseguiu. “Nada me impede de voltar a ultrapassar, só tenho de me ajudar a mim. O meu marido quer apoiar-me, mas sei que tem que partir de mim” (sic). A mãe da B. refere que a partilha de testemunhos entre pais é muito importante, apesar de ser o início do projeto na unidade e ainda não existirem testemunhos no envelope. Deixou ela própria a primeira mensagem, dizendo “Existe uma força dentro de nós (pais) que já mais sonhamos, que se liga quando os nossos bebés precisam”. Ao mostrar-me a sua mensagem disse que todos os pais naquela unidade devem sentir o mesmo desespero e medo, independentemente do motivo pelo qual os filhos lá estejam. “Só desejo imensa força a todos, e que os seus filhos ultrapassem as doenças que os trouxe aqui...”. Por outro lado, ao utilizar o *Kit* a mãe da B. diz ter aceite a sugestão e

trouxe de casa a fotografia que tirou à B. no primeiro dia que chegou a casa, e desde aí, tem usado a fotografia como fonte de esperança sobre o regresso a casa.

Em suma, a utilização de *Kit* de Adaptação como estratégia promotora de adaptação à hospitalização de pais de crianças/jovens internado em unidade de cuidados intensivos mostrou-se importante, tendo como resultado a diminuição da ansiedade e do medo, melhorando assim, o *coping* familiar, por outras palavras, a adaptação dos pais a este momento crítico da sua vida.

Julgo que teria sido positivo ter avaliado esta intervenção num período de tempo mais prolongado, seria desta forma, possível, acompanhar e apoiar estas duas mães ao longo do seu progressivo adaptativo. Por outro lado, seria pertinente, um estudo mais alargado sobre a utilização de estratégias promotoras de adaptação à hospitalização de pais de crianças em estado crítico, particularmente dos efeitos da utilização de *Kits* de Adaptação.

Bibliografia

- Drake, J., Johnson, N., Stoneck, A., Martinez, D., & Massey, M. (2012). Evaluation of a Coping Kit for Children With Challenging Behaviors In a Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (4), pp. 215-221.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., Curtis, K. (2017) Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, pp 114–120.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Santa Maria da Feira: Ordem dos enfermeiros

